Deutscher Bundestag **Drucksache 17/7274**

17. Wahlperiode

(zu Drucksache 17/6906)
05. 10. 2011

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) – Drucksache 176/6906 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 886. Sitzung am 23. September 2011 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. **Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu** (§ 9 Absatz 2a – neu – SGB V)

   In Artikel 1 ist nach Nummer 1 folgende Nummer 1a einzufügen:

   ‚1a. In § 9 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

   „(2a) Im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse nach §§ 153, 163, 170 und 171b ist der Beitritt zu einer anderen Krankenkasse innerhalb von einem Monat anzuzeigen.“‘

   B e g r ü n d u n g

   Im Fall der Schließung oder Insolvenz haben versicherungspflichtige Mitglieder innerhalb von zwei Wochen nach der Schließung oder Insolvenz ihrer Krankenkasse ihr Wahlrecht auszuüben (§ 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V). Die zweiwöchige Frist beginnt mit dem in einer amtlichen Mitteilung bekanntgemachten Tag der Schließung oder Insolvenz der Krankenkasse. Freiwilligen Mitgliedern steht das Kassenwahlrecht bis zu drei Monate nach der Schließung oder Insolvenz ihrer Krankenkasse zu (§ 9 Absatz 2 Satz 1 SGB V).

   Die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse wird sowohl den versicherungspflichtigen als auch den freiwillig versicherten Mitgliedern zur gleichen Zeit vorab mitgeteilt. Es besteht somit hinreichend Zeit zur Ausübung des Wahlrechts gegenüber einer Krankenkasse. Durch die Fristverkürzung für freiwillig Versicherte von drei auf einen Monat soll der Zeitraum der Inanspruchnahme der Leistungen über die Krankenversicherungskarte der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse und der Bearbeitungsaufwand für die Krankenkasse in Abwicklung deutlich reduziert werden. Das Recht der freiwillig Versicherten, in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben oder in die private Krankenversicherung zu wechseln, bleibt grundsätzlich bestehen, lediglich der Zeitraum für die Ausübung des Wahlrechts wird im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse zumutbar verkürzt.

2. **Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b** (§ 11 Absatz 6 Satz 1 SGB V)

   In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b sind in § 11 Absatz 6 Satz 1 die Wörter „sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern“ zu streichen.

   B e g r ü n d u n g

   Eine schrankenlose Freigabe der Satzungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Vereinbarungen von Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern kommt einer Zulassung dieser Leistungserbringer „durch die Hintertür“ gleich.

   Dies konterkariert unter anderen das Krankenhausplanungsrecht der Länder. Es ist zu befürchten, dass unter dem Deckmantel der Verbesserung der flächendeckenden Versorgung gezielt Verträge mit Leistungsanbietern geschlossen werden, die über den Preis zu Lasten der Qualität gehen, ohne dass eine Genehmigungspflicht, wie in § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V für Versorgungsverträge nach § 108 Nummer 3 SGB V vorgesehen, bestehen würde.

   Das Gleiche gilt für den ambulanten Versorgungsbereich. Zudem entstehen in der ambulanten Versorgung Wertungswidersprüche zu den hohen Qualitätsstandards, für die die Vertragsärzte einzustehen haben, wenn beispielsweise Privatärzte und/oder Heilpraktiker sich diesen Standards und den vielfältigen Reglementierungen insbesondere des Vertragsarztrechts entziehen können.

Entsprechendes gilt auch für die Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln.

3. **Zu Artikel 1 Nummer 3** (§ 19 Absatz 1a Satz 1a – neu – SGB V)

   In Artikel 1 Nummer 3 ist in § 19 Absatz 1a nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

   „Satz 1 gilt nicht für Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse nach §§ 11 Absatz 6, 37 Absatz 2 Satz 4, 38 Absatz 2, 53, 65a, 73a bis c und 140a.“

   Begründung

   Die im Gesetzentwurf vorgesehene Bindung der aufnehmenden Krankenkasse an Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse ist auf gesetzliche Leistungsansprüche zu begrenzen. Andernfalls könnte die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung dazu führen, dass Satzungsregelungen der geschlossenen Krankenkasse eine bei der aufnehmenden Krankenkasse nicht gewünschte Dauerwirkung entfalten und die Krankenkasse zu einer Leistungsgewährung ohne satzungsrechtliche Grundlage verpflichten.

   Die aufnehmenden Krankenkassen sollen deshalb keine Leistungen übernehmen, die nicht zu ihren satzungsmäßig selbst ausgestalteten kassenspezifischen Leistungen gehören. Bindungswirkung des erlassenen Verwaltungsakts und Vertrauensschutz können sich nur auf die gesetzlichen Regelleistungen beziehen, die alle Krankenkassen gleichermaßen gewährleisten. Darüber hinaus würde eine Fortgeltung der Ansprüche auf Satzungsleistungen der schließenden Kasse ein unangemessenes Finanzierungsrisiko, einen nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand sowie Nachteile für bisherige Mitglieder der aufnehmenden Kasse nach sich ziehen. Dies gilt auch für Wahltarife nach § 53, Bonusprogramme nach § 65a oder Selektivverträge nach §§ 73a bis 73c oder §§ 140a ff.

   Das Recht der aufnehmenden Krankenkasse, Leistungsentscheidungen unter den Voraussetzungen der §§ 44 bis 48 SGB X zurückzunehmen, ist in der Regel nur dann anwendbar, wenn die Leistungsentscheidung der geschlossenen Krankenkasse rechtswidrig (§§ 44 und 45 SGB X) oder nicht begünstigend (§ 46 SGB X) ist; Leistungsentscheidungen ergehen in den seltensten Fällen unter dem Vorbehalt des Widerrufs (§ 47 SGB X) und ein Widerruf durch Rechtsvorschrift (§ 47 SGB X) oder eine Änderung der Verhältnisse (§ 48 SGB X) werden durch die vorgesehene Neuregelung kraft Gesetzes nahezu ausgeschlossen.

   Mit der Ausübung des Wahlrechts nach § 175 SGB V haben die Versicherten die Möglichkeit, eine Krankenkasse mit vergleichbaren Satzungs- und Wahltarifen sowie Selektivverträgen zu wählen. Insofern bleiben die Rechte der Versicherten gewahrt und ist der Wegfall dieser Leistungsansprüche sachgerecht.

4. **Zu Artikel 1 Nummer 3a – neu – und Nummer 3b – neu –**
   (§ 21 Absatz 1 Satz 1a – neu –,
   § 22 Absatz 1 Satz 2 – neu –,
   Absatz 2 Satz 2 – neu –,
   Satz 3 – neu – und
   Absatz 3 Satz 2 – neu – SGB V)

In Artikel 1 sind nach Nummer 3 folgende Nummern 3a und 3b einzufügen:

‚3a. In § 21 Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Versicherte, die auf Grund einer dauerhaften Behinderung nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, Instruktionen zur Mundhygiene zu verstehen oder umzusetzen und gemäß § 14 des Elften Buches als pflegebedürftig anerkannt und einer Pflegestufe gemäß § 15 des Elften Buches zugeordnet sind, erhalten diese Maßnahmen lebenslang.“

3b. § 22 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

   „Das Gleiche gilt ohne Altersbegrenzung für Versicherte nach § 21 Absatz 1 Satz 2.“

b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

   „Für Versicherte nach § 21 Absatz 1 Satz 2 sollen sich die Untersuchungen auf Maßnahmen zur Erhebung des Mundhygienestatus, zur Instruktion und Motivation zur Mund- und Prothesenhygiene, zur speziellen Zahn- und Prothesenreinigung sowie der bedarfsgerechten lokalen Fluoridierung der Zähne erstrecken. Pflegepersonen der Versicherten sollen in die Motivation und Einweisung bei der Mund- und/oder Prothesenhygiene einbezogen werden.“

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

   „Dies gilt ohne Altersbegrenzung auch für Versicherte nach § 21 Absatz 1 Satz 2.“‘

Begründung

Zahnärztliche Behandlung nach dem SGB V umfasst Zahnarzttätigkeit, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten ausreichend und zweckmäßig ist. Dabei sind Erwachsene nach Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich für die Aufrechterhaltung ihrer Zahngesundheit selbst verantwortlich; sie haben im Bedarfsfall eigeninitiativ einen Zahnarzt aufzusuchen. Dies gilt nicht für Kinder und Jugendliche, bei denen der Gesetzgeber konzediert, dass Fürsorge zu treffen ist. In §§ 21 und 22 SGB V ist deshalb mittels Gruppenprophylaxe, die durch Individualprophylaxe ergänzt wird, dafür gesorgt, dass durch aufsuchende Vorsorge auch Versicherte erreicht werden, die nicht eigenverantwortlich in die zahnärztliche Praxis kommen. Aus gruppenprophylaktischen Programmen im In- und Ausland kann der Schluss gezogen werden, dass durch Maßnahmen dieser Art in hohem Maße Zahnkrankheiten verhindert werden können.

Eine vergleichbare Situation liegt bei Pflegebedürftigen und Menschen mit dauerhaften Behinderungen vor. Auch ihnen kann eine Eigeninitiative zum Besuch einer Zahnarztpraxis nicht abverlangt werden. Die jüngste Tagungsreihe des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung zur Patientenversorgung hat erneut bestätigt, dass die zahnmedizinische Betreuung von Menschen mit Behinderungen im derzeitigen Versorgungssystem unbefriedigend ist. Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen zählen auf Grund ihrer verminderten motorischen und/oder intellektuellen Fähigkeit zur Durchführung einer adäquaten Mundhygiene zur Hochrisikogruppe für Karies- und Zahnfleischerkrankungen. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung setzt auf Eigenverantwortung für die Mundgesundheit und ist auf „fitte“ Menschen ausgerichtet, was Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nicht gerecht wird. Nach Aussagen der Bundeszahnärztekammer ist die Zahngesundheit dieser Versichertengruppe deutlich schlechter als die anderer Bevölkerungsgruppen. Einschränkungen der Mundhygienefähigkeit führen dazu, dass erreichte Erfolge in der zahnmedizinischen Prävention und Zahnerhaltung rasch verlorengehen. In der Folge entstehen Schmerzen. Kaufunktion und die damit einhergehende Lebensqualität gehen unwiederbringlich verloren. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen müssen deshalb ebenso wie Kinder und Jugendliche in den Genuss aufsuchender prophylaktischer Maßnahmen kommen.

5. **Zu Artikel 1 Nummer 3c – neu –**
(§ 24b Absatz 4 Satz 3 und Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach der neuen Nummer 3b folgende Nummer 3c einzufügen:

‚3c. § 24b Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden die Wörter „allgemeinen Pflegesatz für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird“ durch die Wörter „vom DRG-Institut jährlich gesondert ermittelten Anteil der Kosten, der den durchschnittlichen Kosten des Eingriffs und einem Tag ohne die Behandlung von Komplikationen entspricht“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Das DRG-Institut wird für diese Berechnung jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt.“ ‘

Begründung

Die Umstellung der Krankenhausvergütung auf DRG-Fallpauschalen ist in § 24b Absatz 4 Satz 3 SGB V nicht nachvollzogen worden. Seit der Umstellung beauftragt das Bundesministerium für Gesundheit das DRG-Institut jährlich mit der Ermittlung der Kosten, die den durchschnittlichen Kosten des Eingriffs und einem Behandlungstag ohne die Behandlung von Komplikationen entsprechen.

Seitens des GKV-Spitzenverbands wurde den Krankenkassen wiederholt und zuletzt mit Gemeinsamem Rundschreiben vom 28. Juli 2011 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) empfohlen, in den Fällen, in denen die Länder den Krankenkassen auf der Grundlage von Abschnitt 5 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes die Kosten in Höhe der INEK-Pauschale erstatten, Klage zu erheben, da diese Pauschale nicht maßgeblich sei.

Bisher liegt zu dieser Frage nur unterinstanzliche Rechtsprechung vor, die zudem uneinheitlich ausfällt (siehe z. B. SG Düsseldorf, 11. Dezember 2007, S 4 KR 11/06 einerseits, SG München, 28. Januar 2009, S 3 KR 1263/06 andererseits). Zur Vermeidung rechtlicher Zweifel sollte daher klarstellend die vorgeschlagene Änderung des § 24b Absatz 4 Satz 3 SGB V vorgenommen werden, die die aktuelle Praxis dem Gesetzeswortlaut anpasst.

6. **Zu Artikel 1 Nummer 3d – neu –** (§ 27a Absatz 3 Satz 3, Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach der neuen Nummer 3c folgende Nummer 3d einzufügen:

‚3d. § 27a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden die Wörter „50 vom Hundert der“ durch das Wort „die“ ersetzt.

b) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Der Bund erstattet den Krankenkassen 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihren Versicherten durchgeführt wurden.“ ‘

Als Folge sind

in Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b in § 11 Absatz 6 Satz 1 die Wörter „der künstlichen Befruchtung (§ 27a)“ zu streichen.

Begründung

Der Bundesrat hatte in seiner 846. Sitzung am 4. Juli 2008 folgende Entschließung gefasst: „Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die zum 1. Januar 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG – vorgenommenen Änderungen bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V) zurückzunehmen und den alten Rechtszustand herzustellen.“

Mit Unterrichtung durch die Bundesregierung (Bundesratsdrucksache 435/10) nahm diese zur o. g. Entschließung Stellung und teilte mit, dass eine Wiedereinführung der vollständigen Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht geplant sei, da es sich insbesondere um eine versicherungsfremde Leistung handele.

Inzwischen scheint die Bundesregierung von dieser Haltung abgerückt zu sein und plant durch eine Neuregelung im GKV-VStG, die Regelung des Leistungsumfangs der künstlichen Befruchtung durch Satzungsbestimmung den Krankenkassen zu überlassen. Diese Regelung würde unweigerlich zu unterschiedlichen Ausgestaltungen durch die Krankenkassen und zu einer intransparenten Versorgung in diesem Bereich führen. Außerdem ist es dem Anliegen nicht angemessen, eine Regelung des Leistungsumfangs den Krankenkassen zu überlassen.

Es ist somit eine bundeseinheitliche Neuregelung unverzichtbar. Dabei ist vorzusehen, dass die Krankenkasse einhundert Prozent der mit dem Behandlungsplan geneh-

migten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden, übernimmt.

Die Unterstützung von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Paaren mit Kinderwunsch ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Diesem Umstand wird dadurch Rechnung getragen, dass der Bund sich aus öffentlichen Mitteln an den Kosten der Maßnahmen beteiligt. Die neue Rechtsvorschrift stellt sicher, dass eine hälftige Finanzierung der Kinderwunschbehandlung des Bundes erfolgt. Zudem entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch bis auf einen geringfügigen Verwaltungsaufwand keine weiteren Belastungen.

7. **Zu Artikel 1 Nummer 4** (§ 28 Absatz 1 Satz 5 – neu – und Satz 6 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 4 sind dem § 28 Absatz 1 folgende Sätze anzufügen:

„Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum (… Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 12 Absatz 1) ein Konzept für die Hilfeleistung anderer Personen vor, die von dem Arzt angeordnet, in der Häuslichkeit des Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden und von ihm zu verantworten sind. Soweit nicht bereits durch § 87 Absatz 2 umgesetzt, enthält das Konzept auch einen Vorschlag für die Erprobung bis zur Einführung als Regelleistung, und zur Evaluation.“

Begründung

Die Partner der Bundesmantelverträge haben dem Bundesgesundheitsministerium aus den nachfolgenden Gründen bis zum [31. Dezember 2012] ein Konzept für einen flächendeckenden Einsatz für die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet, in der Häuslichkeit des Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden und vom ihm zu verantworten sind, vorzulegen. Das Konzept enthält auch einen Vorschlag für die Erprobung bis hin zur Einführung als Regelleistung sowie zur Evaluation.

Nach § 2 Absatz 2 der „Delegations-Vereinbarung“ (Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 87 Absatz 2b Satz 5 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband (vgl. Anlage 8 BMV-Ä und EKV)) dürfen Hilfeleistungen der nichtärztlichen Praxisassistenz (vgl. § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V) nur dann erbracht und abgerechnet werden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Ort der Leistungserbringung nach § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V eine ärztliche Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich festgestellt hat. Der Einsatz der nichtärztlichen Praxisassistenz ist damit beschränkt.

Zur Sicherstellung der wohnortnahen ärztlichen Versorgung sollte die nichtärztliche Praxisassistenz zukünftig aber nicht nur in Gebieten tätig werden dürfen, in denen nach der aktuellen Bedarfsplanung eine ärztliche Unterversorgung vorliegt oder eine solche droht. Sie sollten vielmehr flächendeckend eingesetzt werden können. Damit geht auch eine sachgerechte Vergütung, unabhängig vom Grad der Versorgung, einher.

8. **Zu Artikel 1 Nummer 6a – neu –**
(§ 35a Absatz 7 Satz 3
Satz 3a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 6 folgende Nummer 6a einzufügen:

‚6a. § 35a Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Beratung kann bereits vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase drei stattfinden.“

b) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Sie soll unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel oder des Paul-Ehrlich-Instituts durchgeführt werden.“

Begründung

Erste Erfahrungen mit der Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen zeigen, dass der Sachverstand der Bundesoberbehörden insbesondere bei der Festlegung der Vergleichstherapie bei bereits zugelassenen Arzneimitteln noch unzureichend genutzt wird. Da die Festlegung der Vergleichstherapie wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis der Nutzenbewertung hat, sollte der Sachverstand der Zulassungsbehörden grundsätzlich und auch bei bereits laufenden Bewertungsverfahren einfließen.

9. **Zu Artikel 1 Nummer 7a – neu –** (§ 38 Absatz 1a – neu –, Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7a einzufügen:

‚7a. § 38 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen einer ambulanten Krankenbehandlung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch besteht für drei Monate pro Krankheitsfall pro Kalenderjahr.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „und 1a“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „Absatz 1 Satz 2“ die Angabe „und Absatz 1a Satz 2 und 3“ eingefügt.‘

Begründung

§ 38 Absatz 1 SGB V sieht vor, dass Krankenkassen Haushaltshilfe als Pflichtleistung nur bei stationärer Krankenbehandlung gewähren. Bei ambulanter Behand-

lung ist die Leistung als „Kann-Leistung“ definiert, deren Ausgestaltung der Satzung der jeweiligen Krankenkasse obliegt. In den letzten Jahren haben immer mehr Krankenkassen diese Leistung gekürzt oder ihr Ermessen sehr restriktiv ausgeübt. Daher sollte eine Pflicht gesetzlich festgeschrieben werden.

Die Leistungen nach § 38 Absatz 2 SGB V gewinnen seit Jahren gegenüber den Leistungen nach § 38 Absatz 1 SGB V an Bedeutung, weil eine zunehmende Anzahl der leistungsauslösenden Behandlungen nicht mehr stationär, sondern ambulant durchgeführt wird. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Chemotherapie bei Krebserkrankungen. Aber auch bei anderen langwierigen und schweren Erkrankungen, wie z. B. Multipler Sklerose oder psychischen Erkrankungen, sind die betroffenen Familien oft für längere Zeiträume auf die Unterstützung und Begleitung durch Haushaltshilfe angewiesen.

Daher soll die Krankenkasse auch in Fällen, in denen die haushaltsführende Person sich zwar zu Hause befindet, aber krankheitsbedingt ihre Aufgaben bei der Versorgung ihrer Kinder und bei der Haushaltsführung nicht bewältigen kann, zumindest für einen Übergangszeitraum zur Leistung verpflichtet sein. Die neue Pflichtleistung soll für mindestens eine Dauer von insgesamt drei Monaten je Kalenderjahr gewährt werden. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen nach § 38 Absatz 2 SGB V weiterhin die Möglichkeit haben, in ihrer Satzung weitergehende Leistungen zu gewähren, z. B. durch Ausdehnung der maximalen Leistungsdauer oder bei der Festlegung der berücksichtigungsfähigen Altersgrenze für das im Haushalt lebende Kind.

10. **Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a – neu – Doppelbuchstabe aa – neu –**
(§ 73b Absatz 4 Satz 6 SGB V),
Doppelbuchstabe bb (§ 73b Absatz 4 Satz 7 SGV V),
Buchstabe b – neu – Doppelbuchstabe aa
(§ 73b Absatz 4a Satz 4 SGB V),
Doppelbuchstabe bb
(§ 73b Absatz 4a Satz 5 SGB V),
Nummer 13a – neu –
(§ 73c Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB V)

a) Artikel 1 Nummer 13 ist wie folgt zu fassen:

‚13. § 73b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt nicht für die Sicherstellung des Notdienstes nach § 75 Absatz 1 Satz 2.“

bb) Satz 7 wird aufgehoben.

b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

< entspricht inhaltlich dem Gesetzentwurf >.‘

b) Nach Artikel 1 Nummer 13 ist folgende Nummer 13a einzufügen:

‚13a. § 73c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Die Sätze 4 und 5 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„§ 73b Absatz 4 Satz 6 gilt entsprechend.“‘

B e g r ü n d u n g

Die Gewährleistung eines einheitlichen Notdienstes ist eine überragende Aufgabe aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Beteiligter. Das größer werdende Angebot von Selektivverträgen und die damit einhergehende Übertragung des Sicherstellungsauftrags von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die an den Selektivverträgen beteiligten Krankenkassen führt zu einer Aufsplitterung des Sicherstellungsauftrags, die im Notfall nicht hinnehmbar und weder den Versicherten zu vermitteln noch den Vertragsärzten, die die Notfallversorgung sicherstellen sollen, zuzumuten ist.

Deshalb soll die Sicherstellung des Notdienstes auch in den Fällen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben, in denen der allgemeine Sicherstellungsauftrag durch den Abschluss von Selektivverträgen auf die Krankenkasse übergegangen ist.

Der Verbleib des Sicherstellungsauftrags für die Durchführung des Notdienstes ist bei der Bereinigung der Gesamtvergütung so zu berücksichtigen, dass die Kassenärztliche Vereinigung dadurch keinen finanziellen Nachteil erleidet.

11. **Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b**
(§ 73b Absatz 4a Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b sind in § 73b Absatz 4a Satz 5 der Punkt am Ende durch ein Semikolon zu ersetzen und die Wörter „bis zu einer entgegenstehenden rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung gilt der festgesetzte Vertragsinhalt als verbindlich und ist umzusetzen.“ anzufügen.

B e g r ü n d u n g

Die bisherige Regelung in § 73b Absatz 4a Satz 4 SGB V sieht vor, dass Klagen gegen einen durch Schiedsspruch festgelegten Hausarztvertrag keine aufschiebende Wirkung haben. Der Hausarztvertrag ist daher während des Rechtsstreits (vorläufig) umzusetzen. Der Gesetzentwurf sieht nun vor, dass diese Regelung gestrichen wird. Dadurch soll der Eindruck vermieden werden, dass der Schiedsspruch einen Verwaltungsakt darstellt.

Die Streichung mag aus rechtsdogmatischen Gründen nachvollziehbar sein. Sie ist jedoch problematisch, weil sie dazu führt, dass der Schiedsspruch während der Dauer des Rechtsstreits nicht umgesetzt wird. Dies führt derzeit bereits bei einem Schiedsspruch im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu erheblichen Problemen bei ambulanten Pflegediensten, da hier ebenfalls eine Regelung fehlt. Mit der Streichung haben es die Krankenkassen in der Hand, durch die Erhebung einer Klage die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung zu verhindern.

Um sowohl dem Wunsch nach Rechtsklarheit nachzukommen als auch die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung zu gewährleisten, ist es notwendig, einen Halbsatz in § 73b Absatz 4a Satz 5 SGB V anzufügen, der festlegt, dass der Vertragsinhalt auch im

Falle einer Klage oder eines Antrags auf einstweiligen Rechtsschutz verbindlich bleibt. Erst wenn rechtskräftig – durch Urteil oder Beschluss – feststeht, dass der Inhalt nicht rechtmäßig ist, ist er nicht umzusetzen. Damit gilt im Ergebnis bei Schiedspersonenentscheidungen die gleiche Rechtsfolge wie für Schiedsamtsentscheidungen.

12. **Zu Artikel 1 Nummer 14** (§ 75 Absatz 1 Satz 2a und Absatz 2 Satz 3 – neu – bis Satz 7 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 14 ist wie folgt zu ändern:

‚§ 75 ist wie folgt zu fassen:

a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen“. … <weiter wie Gesetzentwurf >

b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Dabei haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auch zu überprüfen, ob ihre Mitglieder den mit der vertragsärztlichen Zulassung verbundenen Versorgungsauftrag gemäß § 95 Absatz 3 unter zeitlichen und inhaltlichen Gesichtspunkten erfüllen. Grundlage für die Überprüfung sind insbesondere die Abrechnungsdaten und die von den Vertragsärzten jeweils gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bekannt zu gebenden Sprechstundenzeiten für die vertragsärztliche Versorgung. Die Mitglieder haben ihrer Kassenärztlichen Vereinigung darüber hinaus ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit sowie Tätigkeiten im Rahmen eines Vertrages nach den §§ 73b, 73c oder 140b und deren zeitlichen Umfang anzuzeigen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben über die Ergebnisse der Überprüfungen jährlich zum 1. April, erstmalig zum 1. April 2013 einen Bericht zu erstellen, der dem Landesausschuss nach § 90 und der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zuzuleiten ist. Das Nähere zum Inhalt des Berichts beschließt der Landesausschuss nach § 90 bis zum 30. Juni 2012.“‘

Begründung

Derzeit besteht eine erhebliche Intransparenz über den zeitlichen und inhaltlichen Umfang, in dem Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten tatsächlich vertragsärztliche Tätigkeiten ausüben. Insbesondere ist hierbei zum Teil fraglich, ob der mit der Zulassung verbundene volle oder anteilige Versorgungsauftrag tatsächlich in vollem Umfang erfüllt wird, da viele Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten neben ihren GKV-Sprechstunden in zunehmendem Maße Privat- oder IGeL-Sprechstunden anbieten oder andere Tätigkeiten, z. B. im Krankenhaus, ausüben. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass im Rahmen der allgemeinen GKV-Versorgung ein ausreichend großes ärztliches bzw. psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung steht und dass die in der Bedarfsplanung abgebildete Versorgungssituation auch der tatsächlichen Versorgungssituation entspricht. Dies ist für eine zielgerichtete Versorgungssteuerung unverzichtbar.

Dabei ist grundsätzlich davon auszugehen, dass ein voller Versorgungsauftrag mit einer vollzeitigen Tätigkeit im Rahmen der Versorgung von GKV-Patienten einhergeht. Entsprechend der in Deutschland allgemein üblichen Arbeitszeiten entspricht dies einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Wochenstunden. Da Vertragsärzte neben den reinen Sprechstundenzeiten weitere Aufgaben und Verpflichtungen wahrnehmen, wie insbesondere die Durchführung von Hausbesuchen, Dokumentations- und Abrechnungsaufgaben, Aufgaben im Zusammenhang mit der Praxisführung und den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, können sie nicht während der gesamten wöchentliche Arbeitszeit Sprechstunden anbieten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Übernahme eines vollen Versorgungsauftrages ein Angebot von durchschnittlich mindestens 30 Sprechstunden pro Woche erfordert. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss als Kalkulationsgrundlage der Vergütungsvereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Krankenkassen 51 Stunden pro Woche zugrunde gelegt hat.

Mit der Änderung soll auch klargestellt werden, dass es im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages auch zu den Aufgaben der KVen gehört, zu überprüfen, dass die mit der vertragsärztlichen Zulassung verbundene Übernahme eines Versorgungsauftrages in dem erforderlichen Umfang erfüllt wird. Zwar gehört dies auch bereits nach geltendem Recht zu den vertragsärztlichen Pflichten; in der Praxis wird die Erfüllung dieser Verpflichtung jedoch offenbar nur in den seltensten Fällen hinreichend häufig kontrolliert bzw. sanktioniert.

Um die KVen in die Lage zu versetzen, den Umfang der tatsächlichen vertragsärztlichen Tätigkeit zu ermitteln und zu bewerten, werden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtet, Beschäftigungsverhältnisse und andere nicht ehrenamtliche Tätigkeiten sowie Tätigkeiten im Selektivvertragsbereich (vgl. auch § 20 Absatz 1 Satz 1 und 2 Ärzte-ZV) gegenüber der KV anzuzeigen.

Um die Transparenz des Versorgungsgeschehens zu erhöhen, wird den KVen mit der geplanten Änderung aufgegeben, einen jährlichen Bericht über die Überprüfung der Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten zu erstellen. Dabei sollen insbesondere die Arztgruppen und Versorgungsbezirke dargestellt werden, in denen der mit der vertragsärztlichen Zulassung verbundene Versorgungsauftrag nicht vollumfänglich erfüllt wurde. Der Bericht ist dem für die Bedarfsplanung zuständigen Landesausschuss und der für die Versorgung insgesamt Verantwortung tragenden obersten Landesbehörde zuzuleiten. Die genaue Ausgestaltung des Berichtes (z. B. Aufbereitung nach regionalen Gesichtspunkten, Arztgruppen etc.) soll im Landesausschuss gemeinsam und verbindlich festgelegt werden.

Die Änderung ist in Zusammenhang mit der in einer weiteren Änderung angestrebten stärkeren Differenzierung der Zulassungsmöglichkeiten zu sehen. Bei der vorstehenden Änderung steht die Schaffung einer höheren Transparenz über das tatsächliche Versorgungsgeschehen und die hierfür notwendige Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten im Vordergrund.

13. **Zu Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe b** (§ 77 Absatz 2 SGB V) und **Nummer 15a – neu –** (§ 78 Absatz 2 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 15 ist Buchstabe b zu streichen.

b) Nach Nummer 15 ist folgende Nummer 15a einzufügen:

„15a. § 78 Absatz 2 wird aufgehoben."

B e g r ü n d u n g

Die Möglichkeit der länderübergreifenden Vereinigung von Kassenärztlichen Vereinigungen widerspricht der vom Gesetzgeber mit dem Gesetzentwurf angestrebten Stärkung der Regionalisierung bei Bedarfsplanung und Vergütung und ist zudem geeignet, die Aufsichtsrechte der Länder auszuhöhlen und widerspricht damit auch der mit dem Gesetzentwurf angestrebten Stärkung der Mitwirkungsrechte der Länder bei der ambulanten Versorgung. Das vom Gesetzgeber zur Begründung angeführte Verhandlungsgleichgewicht gegenüber den sich zunehmend zu länderübergreifenden Einheiten zusammenschließenden Vertragspartnern der kassenärztlichen Vereinigungen rechtfertigt eine länderübergreifende Vereinigung von Kassenärztlichen Vereinigungen ebenso wenig wie behauptete mögliche Effizienzvorteile kleinerer Kassenärztlicher Vereinigungen durch Vereinigung in Bezug auf ihre Verwaltung.

Kassenärztliche Vereinigungen unterliegen im Gegensatz zu den Krankenkassen nicht dem Wettbewerb untereinander und sind daher mit den Krankenkassen nicht vergleichbar.

Auch die behaupteten Effizienzvorteile rechtfertigen die Möglichkeit der länderübergreifenden Vereinigung von Kassenärztlichen Vereinigungen nicht. Diese lassen sich vielmehr ebenso gut unter Wahrung der Eigenständigkeit durch eine verstärkte Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander erreichen. Der Gesetzgeber hat dies im Übrigen selbst erkannt. Durch die vorgesehene Änderung des § 77 Absatz 6 SGB V wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Übertragung der Wahrnehmung von gesetzlichen Aufgaben und damit eine kostengünstigere und effizientere Aufgabenwahrnehmung durch Schwerpunktbildung und Aufgabenbündelung innerhalb des KV-Systems ermöglicht.

14. **Zu Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe f** (§ 85 Absatz 4 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe f sind in § 85 Absatz 4 Satz 2 das Wort „Benehmen" durch das Wort „Einvernehmen" und das Wort „festgesetzten" durch das Wort „vereinbarten" zu ersetzen.

B e g r ü n d u n g

Das im Gesetzentwurf vorgesehene Benehmen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei der Festsetzung des Verteilungsmaßstabs der Gesamtvergütung ist nicht ausreichend.

Die Honorarverteilung ist in hohem Maße versorgungsrelevant und beeinflusst den Umfang der Leistungserbringung der einzelnen Leistungserbringer. Es ist daher ein Einvernehmen mit den Kassen erforderlich, um eine möglichst effiziente, versorgungsorientierte Verteilung zwischen den einzelnen Fachzahnarztgruppen zu gewährleisten.

15. **Zu Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Doppelbuchstabe bb – neu –** (§ 87 Absatz 2b Satz 1, Satz 6 – neu – bis 8 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 22 ist Buchstabe b wie folgt zu fassen:

‚b) Absatz 2b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter …<weiter wie Gesetzentwurf >.

bb) Nach Satz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Erbringung und Vergütung der Hilfeleistungen nach Satz 5 ist nicht auf bestimmte Planungsbereiche zu begrenzen. Zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere bei der Demografie und Morbidität, können die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Zuschläge vereinbaren. Satz 6 und 7 sind bis spätestens 1. Januar 2013 in der Regelung nach Satz 5 zu berücksichtigen."'

B e g r ü n d u n g

Die Delegation von Hilfeleistungen ist ein wirksames Mittel zur Entlastung der Vertragsärzte, die sich damit stärker auf die Kernkompetenzen ärztlicher Tätigkeit konzentrieren können. Sie entspricht der Tendenz zur Teamorientierung in der Praxisführung und kann insgesamt die Attraktivität einer Niederlassung steigern. Zudem kann die Delegation gerade in ländlichen Regionen einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung (insbesondere durch Hausbesuche qualifizierter medizinischer Fachangestellter) leisten.

Das Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8. April 2011 nennt als Ziel des Versorgungsgesetzes, zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten Delegationsmöglichkeiten von Leistungen besser zu nutzen und weiterzuentwickeln. Im Hinblick auf dieses wichtige Ziel ist eine Begrenzung der Abrechenbarkeit von Leistungen, die durch nichtärztliche Praxisassistentinnen erbracht werden, auf unterversorgte Regionen nicht sinnvoll. Erfahrungen mehrerer Länder zeigen einen Bedarf, Praxisassistentinnen arztentlastend auch in Regionen einzusetzen, in denen die Versorgung planerisch noch als gesichert zu bewerten ist.

Gemäß § 87 Absatz 2b Satz 5 SGB V ist von den Partnern der Bundesmantelverträge eine Regelung zu treffen, nach der ärztlich angeordnete Hilfsleistungen anderer Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden.

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. April 2009 diese Regelung beschlossen. Demnach sind Hausärztinnen und Hausärzte bei Vorliegen der in

Anlage 8 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä, EKV) festgelegten Voraussetzungen zur Abrechnung der vereinbarten Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (EBM-Ziffern 40870 und 40872) berechtigt. Die Bundesmantelvertragspartner haben in dieser so genannten Delegationsvereinbarung eine Regelung getroffen, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen nur dann abgerechnet werden dürfen, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Ort der Leistungserbringung gemäß § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V eine ärztliche Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

Der Gesetzgeber hat in § 87 Absatz 2b Satz 5 SGB V jedoch keine Einschränkung hinsichtlich des Einsatzes der nichtärztlichen Praxisassistentin auf bestimmte Planungsregionen vorgenommen. Weder wurde ein entsprechender Hinweis zu § 100 SGB V (Unterversorgung) aufgenommen, noch zu der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

In der Delegationsvereinbarung verpflichten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband dazu, die Auswirkungen der Einführung dieser Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2011 fortlaufend zu analysieren und zu prüfen. Ein entsprechender Bericht liegt bisher nicht vor. Wegen höchst unterschiedlicher Interessenlagen unter den Verhandlungspartnern ist allerdings nicht davon auszugehen, dass die Einschränkung der Abrechnung der Hilfeleistungen auf bestimmte Planungsbereiche in der Delegationsvereinbarung aufgehoben werden wird, unabhängig davon, ob und wann der Bericht zur Analyse vorliegen wird.

Um die Delegation kurzfristig und vor allem flächendeckend zum Einsatz bringen zu können, ist gesetzlich zu regeln, dass diese unabhängig von Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 SGB V möglich ist. Dem Grundgedanken des Gesetzentwurfs folgend, wird der regionalen Ebene zusätzlich die Möglichkeit eröffnet, zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten Zuschläge zu vereinbaren.

16. **Zu Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd**
(§ 87a Absatz 2 bisheriger Satz 4 (jetzt Satz 3) SGB V) und
Buchstabe e (§ 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 ist § 87a wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe b Doppelbuchstabe dd sind in Absatz 2 im bisherigen Satz 4 die Wörter „den Bewertungsausschuss“ durch die Wörter „die Partner der Gesamtverträge“ zu ersetzen.

b) In Buchstabe e sind in Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 das Wort „sind“ durch das Wort „können“ und die Wörter „zu berücksichtigen“ durch die Wörter „berücksichtigt werden“ zu ersetzen.

Begründung

Die im Gesetzentwurf enthaltene Möglichkeit, nach der auf Landesebene Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen und/oder Leistungserbringer vereinbart werden können, ist ein wichtiges Element für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Zudem wird die ärztliche Vergütung weiter regionalisiert. Die Kriterien hierfür soll allerdings der Bewertungsausschuss und damit ein Gremium auf Bundesebene festlegen. Der neu eröffnete Spielraum auf Landesebene wird somit wieder eingeschränkt. Damit das neue Instrument der Zuschläge auch wirklich effektiv genutzt werden kann, ist es erforderlich, dass die Kriterien auch auf Landesebene festgelegt werden können.

Auch die Pflicht zur Berücksichtigung der Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs steht einer vollständigen Regionalisierung entgegen. Auch hier muss es möglich sein, von Empfehlungen und Vorgaben der Bundesebene abzuweichen und eine Entscheidung auf Landesebene anhand von regionalen Besonderheiten zu treffen.

17. **Zu Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd1 – neu –** (§ 87a Absatz 2 Satz 3a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe b ist nach Doppelbuchstabe dd folgender Doppelbuchstabe dd1 einzufügen:

‚dd1) Nach dem bisherigen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Für vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit werden die Partner der Gesamtverträge einen Zuschlag auf den Orientierungswert festlegen.“

Begründung

Die Substitutionsbehandlung bei drogenabhängigen Menschen führt zu einer gesundheitlichen Stabilisierung der Betroffen und trägt dazu bei, die medizinischen Folgekosten einer Heroinabhängigkeit zu reduzieren. Während seit Jahren die Zahl der Substitutionspatienten kontinuierlich steigt, sinkt die Bereitschaft der Ärzteschaft, Substitutionsbehandlungen durchzuführen. Um rechtzeitig möglichen Versorgungsengpässen entgegenwirken zu können, ist es erforderlich, die Vertragsärzteschaft durch Vergütungszuschläge zu motivieren, verstärkt Substitutionsbehandlungen anzubieten.

18. **Zu Artikel 1 Nummer 24** (§ 87b Absatz 1 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 24 ist in § 87b Absatz 1 Satz 2 das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ zu ersetzen.

Begründung

Das im Gesetzentwurf vorgesehene Benehmen der Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen bei der Festsetzung des Verteilungsmaßstabs der Gesamtvergütung ist nicht ausreichend.

Die Honorarverteilung ist in hohem Maße versorgungsrelevant und beeinflusst den Umfang der Leistungserbringung der einzelnen Leistungserbringer. Es ist daher auch auf regionaler Ebene ein Einvernehmen mit den Kassen erforderlich, um eine möglichst effiziente, versorgungsorientierte Verteilung zwischen den einzelnen Facharztgruppen zu gewährleisten.

19. **Zu Artikel 1 Nummer 24** (§ 87b Absatz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 24 ist § 87b Absatz 4 wie folgt zu fassen:

„(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann in Richtlinien Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 und 2 bestimmen. Dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Von Richtlinien nach Satz 1 kann auf regionaler Ebene durch die Partner der Gesamtverträge abgewichen werden."

Begründung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen bei der Honorarverteilung wieder einen großen regionalen Spielraum erhalten. Der Honorarverteilungsmaßstab soll im Benehmen mit den Kassen festgesetzt werden. Nach dem Entwurf des GKV-VStG hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) allerdings in Richtlinien Vorgaben zur Honorarverteilung zu bestimmen, insbesondere zur Trennung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung sowie zur Mengensteuerung. Diese Bindung an Vorgaben der KBV widerspricht einer vollständigen Regionalisierung. Statt einer Verpflichtung der KBV zur Festlegung von Vorgaben sollte es – wie im Referentenentwurf vorgesehen – bei einer „Kann"-Bestimmung bleiben. Es muss zudem eine Regelung in das Gesetz aufgenommen werden, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen von den Richtlinien der KBV abweichen können.

20. **Zu Artikel 1 Nummer 26** (§ 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 26 ist in § 87d Absatz 2 Satz 4 die Angabe „§ 87a Absatz 4 Nummer 1, 2, 4 und 5" durch die Angabe „§ 87a Absatz 4 Nummer 2, 4 und 5" zu ersetzen.

Begründung

Für das Jahr 2011 erfolgte eine lineare Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage der Zahl der Versicherten je Krankenkasse in Höhe von 1,25 Prozent. Zusätzlich wurde der Behandlungsbedarf der Versicherten in einer KV-Region um einen regionalen Anpassungsfaktor erhöht, wenn der Behandlungsbedarf dieser Versicherten den vom Bewertungsausschuss ermittelten durchschnittlichen Behandlungsbedarf unterschritt.

Für das Jahr 2012 sieht das geltende Recht ebenfalls eine lineare Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen vor (§ 87d Absatz 2 Satz 8 SGB V). Eine Fortschreibung der asymmetrischen Zusatzverteilung sieht das geltende Recht allerdings nicht vor; die Regelung des § 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V gilt für das Jahr 2012 nicht entsprechend.

Nunmehr ist für das Jahr 2012 vorgesehen, dass bei der linearen Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen die Veränderung der Zahl der Versicherten der Krankenkasse nicht berücksichtigt werden soll (§ 87a Absatz 4 Nummer 1 SGB V), obwohl ansonsten der Behandlungsbedarf systematisch immer zumindest mit der Zahl der Versicherten verknüpft wird. Sachliche Gründe oder valide Daten, die eine Nichtberücksichtigung der Entwicklung der Zahl der Versicherten der jeweiligen Kassen und in einer KV-Region begründen, liegen nicht vor. Im Ergebnis führt dies zu Verwerfungen zwischen den Krankenkassen und benachteiligt KV-Regionen finanziell deutlich, bei denen ein Zuwachs an Versicherten zu verzeichnen ist.

21. **Zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe 0a – neu –** (§ 90 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 27 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe 0a voranzustellen:

‚0a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „acht" durch die Angabe „neun" ersetzt und nach den Wörtern „der Innungskrankenkassen" werden die Wörter „, der Knappschaft" eingefügt.'

Begründung

Die Erweiterung der Landesausschüsse um einen Vertreter der Bundesknappschaft-Bahn-See, nach § 212 Absatz 3 SGB V vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, und - damit korrespondierend – um einen Vertreter der Ärzte, ist erforderlich, um die Ausschüsse in die Lage zu versetzen, dass sie ihre Aufgaben unter Mitwirkung aller im Lande aktiven Kassen(arten) erledigen können.

22. **Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a** (§ 91 Absatz 2 Satz 2 bis 7, Satz 15 SGB V)

Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a ist zu streichen.

Begründung

Die Änderungen werden mit einer notwendigen Legitimation des G-BA und der Neutralität der unparteiischen Mitglieder begründet. Diese Argumentation ist nicht stichhaltig.

Die Legitimation des G-BA ist bisher in keiner Entscheidung des BSG in Frage gestellt worden. Daher besteht kein Änderungsbedarf.

Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder durch die Selbstverwaltung hat sich bewährt. Die vorgesehene Regelung unter Einbeziehung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages stellt dagegen einen Paradigmenwechsel dar und höhlt die Selbstverwaltungskompetenz aus. Es besteht die Gefahr einer Politisierung des G-BA, was die Neutralität und Akzeptanz des Gremiums insgesamt in Frage stellen würde.

Die vorgesehenen Fristen für die vorhergehenden Betätigungen der neutralen Mitglieder des G-BA würden eine Vielzahl fachlich geeigneter und unabhängiger Personen per se ausschließen.

23. **Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe f Doppelbuchstabe aa**
(§ 91 Absatz 7 Satz 2a SGB V),
Nummer 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

(§ 137c Absatz 1 Satz 2 SGB V),
Nummer 56
(§ 137e Absatz 1 Satz 1a – neu –, Absatz 2 Satz 3, Absatz 6 Satz 1 und Absatz 7 und 8 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 29 Buchstabe f ist der Doppelbuchstabe aa zu streichen.

b) In Nummer 54 Buchstabe a ist der Doppelbuchstabe bb zu streichen.

c) Nummer 56 ist wie folgt zu ändern:

§ 137e ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Eine Methode mit dem Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative, deren Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, liegt dann vor, wenn es zumindest Hinweise aus ersten klinischen Studien auf einen Nutzen gibt oder es absehbar ist, dass der Nutzen prinzipiell in Studien darstellbar ist.“

bb) In Absatz 2 ist Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Krankenhäuser, die nicht an der Erprobung teilnehmen, dürfen die Leistung nicht erbringen.“

cc) In Absatz 6 sind in Satz 1 die Wörter „in angemessenem Umfang“ zu streichen.

dd) Die Absätze 7 und 8 sind zu streichen.

Begründung

Zu den Buchstaben a und b

Die Änderungen in § 137c und § 91 SGB V dienen dazu, die Balance zwischen Patientenschutz und Beitragssatzstabilität auf der einen Seite sowie den wirtschaftlichen Interessen der Anbieter von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne erwiesenen Nutzen herzustellen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung in § 137c Absatz 1 Satz 2 bedeutet eine Beweislastumkehr, da nicht der Anbieter der Methode nachweisen muss, dass die Methode einen Nutzen hat, sondern der Gemeinsame Bundesausschuss muss den faktisch unmöglichen Nachweis des nicht vorhandenen Potentials einer Methode führen.

Die vorgesehene Mehrheit von neun Stimmen für sektorübergreifende Entscheidungen des Gemeinsamen Ausschusses zum Ausschluss von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ungefähr einer zwei Drittel Mehrheit entspricht, ist unangemessen und soll daher gestrichen werden. In Anbetracht der neuen Möglichkeit der Erprobung nach § 137e SGB V ist sie auch nicht notwendig. Sie würde dazu führen, dass ein Ausschluss auch von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit zweifelhaftem Nutzen nur noch in Ausnahmefällen möglich wäre. Dies wäre jedoch weder im Interesse der Sicherheit der betroffenen Patientinnen und Patienten noch im Interesse der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler.

Zu Buchstabe c

Die neu geschaffene Regelung zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Regelungen zur Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und zum Ausschluss von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind allerdings in der im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausgestaltung inkonsistent, einseitig an den wirtschaftlichen Interessen interessierter Anbieter orientiert und gefährden die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, weil sie die Anwendung von Methoden von zweifelhaftem Nutzen zu Lasten der Kassen befördern und den Ausschluss zweifelhafter Methoden massiv erschweren.

Die Änderung in Artikel 1 Nummer 56 (§ 137e Absatz 1 Satz 1a SGB V) enthält eine Definition, wann eine Methode mit Potential vorliegt, die die in der Begründung des Gesetzentwurfs genannten weitgehenden Kriterien für einen Patientennutzen konkretisiert. Sie orientiert sich an einem Vorschlag des G-BA-Vorsitzenden.

Mit der Änderung in Artikel 1 Nummer 56 (§ 137e Absatz 2 Satz 3 SGB V) soll im Interesse der Sicherheit von Patientinnen und Patienten und der Behandlungsqualität sichergestellt werden, dass die Methode, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, im Rahmen der Erprobung – abweichend von § 137c SGB V – nur von den an der Erprobung beteiligten Krankenhäusern zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden kann. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Kann-Regelung, wonach auch an der Erprobung nicht beteiligte Krankenhäuser die Leistung weiterhin erbringen können und der Gemeinsame Bundesausschuss lediglich vorsehen kann, dass die in der Richtlinie vorgesehenen Anforderungen an die sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung erfüllt werden müssen, ist hierfür nicht ausreichend und birgt nicht nur die Gefahr, dass Leistungen, deren Nutzen nicht erwiesen ist, ohne die erforderliche Qualität erbracht werden, sondern führt auch zu Fehlanreizen bei den Krankenhäusern, da es wirtschaftlich attraktiver ist, sich nicht an der Erprobung mit ihren Qualitätsanforderungen und den zusätzlichen Anforderungen an die wissenschaftliche Dokumentation zu beteiligen.

Die Änderung in Artikel 1 Nummer 56 (§ 137e Absatz 6 Satz 1 SGB V) zielt darauf ab, dass sich Anbieter von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht nur in angemessenem Umfang an den Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung beteiligen, sondern diese Kosten vollständig übernehmen; denn es liegt in ihrem wirtschaftlichen Interesse, die noch nicht erwiesene Wirksamkeit der von ihnen angebotenen Methode mit dem Ziel der dauerhaften Finanzierung zu Lasten der Kassen im Rahmen der Erprobung nachzuweisen. Ihr Interesse an einer wirtschaftlichen Durchführung der Studie ist ausreichend dadurch gewährleistet, dass nach § 137e Absatz 6 Satz 2 SGB V die Kostenübernahme im Rahmen einer Vereinbarung mit der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragten Institution erfolgt. Der Nachweis der Wirksamkeit und Erforderlichkeit und die Finanzierung dafür notwendi-

ger Studien ist grundsätzlich Aufgabe der Anbieter einer Methode und nicht der Solidargemeinschaft.

Aus demselben Grund soll mit der Änderung zu Artikel 1 Nummer 56 (§ 137e Absatz 7 und 8 SGB V) auch das in § 137e Absatz 7 vorgesehene Antragsrecht auf Durchführung einer Erprobung unabhängig von einem Beratungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses über neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nach § 135 oder § 137c SGB V und die damit im Zusammenhang stehende Beratungspflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses gestrichen werden.

24. **Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe g** (§ 91 Absatz 9 Satz 2 und Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe g ist § 91 Absatz 9 wie folgt zu ändern:

a) In Satz 2 sind die Wörter „zugelassen werden kann“ durch die Wörter „zugelassen wird“ zu ersetzen.

b) Folgender Satz ist anzufügen:

„Dem jeweiligen Vertreter soll ein Fragerecht in den Sitzungen gewährt werden.“

Begründung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem. Er trifft vielfältige Entscheidungen, die auch die Versorgung von innovativen Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen. Nicht zuletzt weil die Hersteller in den Gremien des G-BA weder stimmberechtigt noch vertreten sind, ist bei den Entscheidungen des G-BA ein hohes Maß an Transparenz erforderlich. Dieser Notwendigkeit entspricht der Gesetzentwurf grundsätzlich mit der Aufforderung an den G-BA in § 91 Absatz 9 Satz 2 SGB V, in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand im zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann. Um hier jedoch die praktische Umsetzung zu gewährleisten, ist es wichtig, die „Kann-Vorschrift“ in eine „Ist-Vorschrift“ umzuformulieren. Andernfalls droht die Neuregelung ohne Wirkung zu bleiben. Dem jeweiligen Vertreter sollte außerdem zumindest ein Fragerecht gewährt werden.

25. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb** (§ 95 Absatz 1 Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a ist Doppelbuchstabe bb wie folgt zu fassen:

‚bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 2 und 3 können in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden, medizinische Versorgungszentren auch allein von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten gegründet werden.“ ‘

Begründung

Gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V nehmen medizinische Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V sind medizinische Versorgungszentren fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen. Eine Einrichtung ist nach § 95 Absatz 1 Satz 3 SGB V nicht fachübergreifend, wenn die in ihr tätigen Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe angehören.

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen sowie in Planungsbereichen, für die ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Hausärztinnen und Hausärzte ermöglicht. Für sie soll das Erfordernis, dass ein medizinisches Versorgungszentrum fachübergreifend sein muss, nicht gelten.

Die vorgeschlagene Änderung ist erforderlich, um die hausärztliche Versorgung in schlecht versorgten Gebieten zu sichern. Sie macht die Tätigkeit in diesen Gebieten für Ärztinnen und Ärzte interessant. In der Struktur eines medizinischen Versorgungszentrums kann sich die Ärztin oder der Arzt auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren und die Arbeitszeiten sind besser planbar. Letzteres ist auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Feminisierung des Arztberufes und den damit einhergehenden höheren Anforderungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wichtig.

26. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe b, c Doppelbuchstabe aa und bb, Buchstabe d und e** (§ 95 Absatz 1a, Absatz 2 Satz 6, Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 Satz 1 und 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 31 ist wie folgt zu ändern:

a) Die Buchstaben b, c Doppelbuchstabe aa, d und e sind zu streichen.

b) In Buchstabe c ist die Angabe „bb)“ zu streichen.

Begründung

Die Auffassung, medizinische Versorgungszentren (MVZ) könnten nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder GmbH den notwendigen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung herstellen, widerspricht der Versorgungswirklichkeit. In Sachsen befinden sich zum Beispiel die existierenden MVZ zu 50 Prozent in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Dabei spielen insbesondere MVZ, die von kommunalen Trägern getragen werden, aber auch MVZ an Landeskrankenhäusern, eine herausragende Rolle. Ohne die Tätigkeit dieser MVZ wäre in einigen Regionen die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung nicht mehr in dem erforderlichen Maße sichergestellt.

Der Gesetzentwurf verschärft die bisherige Regelung. Dafür wird kein spezifischer Handlungsbedarf gesehen. Der bisherige Rechtszustand hinsichtlich der Gründung und Organisation von MVZ soll fortgelten.

27. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c1 – neu –** (§ 95 Absatz 3 Satz 1, Satz 4 – neu – SGB V),

Buchstabe c2 – neu –
(§ 95 Absatz 5 Satz 2 SGB V),
Buchstabe d Doppelbuchstabe 0aa – neu –, Doppelbuchstabe 1aa – neu –
(§ 95 Absatz 6 Satz 1, Satz 2 SGB V),
Artikel 9 Nummer 5a – neu –
(§ 19a Absatz 2 und 3 Ärzte-ZV) und
Artikel 10 Nummer 5a – neu –
(§ 19a Absatz 2 und 3 Zahnärzte-ZV)

a) In Artikel 1 ist Nummer 31 wie folgt zu ändern:

aa) Nach Buchstabe c sind folgende Buchstaben c1 und c2 einzufügen

‚c1) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „hälftigen“ durch das Wort „anteiligen“ ersetzt.

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Das Nähere, insbesondere zum zeitlichen Umfang des mit der vertragsärztlichen Zulassung verbundenen vollen oder anteiligen Versorgungsauftrages, regeln die Partner der Bundesmantelverträge bis zum 31. Dezember 2012.“

c2) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „hälftige“ durch das Wort „anteilige“ ersetzt.‘

bb) In Buchstabe d sind dem Doppelbuchstaben aa folgende Doppelbuchstaben 0aa und 1aa voranzustellen:

‚0aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „oder nicht mehr“ die Wörter“ oder nicht in dem erforderlichen Umfang“ eingefügt.

1aa) In Satz 2 wird das Wort „hälftige“ durch das Wort „anteilige“ ersetzt.‘

b) In Artikel 9 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 5a einzufügen:

‚5a. § 19a Absatz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seine Zulassung und den sich hieraus ergebenen Versorgungsauftrag auf ein Viertel, die Hälfte oder drei Viertel des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. Die Beschränkung kann zeitlich befristet erfolgen. Der Arzt ist verpflichtet, beim Zulassungsausschuss einen Antrag auf Reduzierung seines Versorgungsauftrages zu stellen, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit (für mindestens ein Kalenderjahr) nicht entsprechend des übernommenen Versorgungsauftrages ausgeübt wird.

(3) Auf schriftlichen Antrag des Arztes kann der Zulassungsausschuss eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Absatz 2 Satz 1 wieder aufheben, wenn für den betreffenden Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen gemäß § 103 Absatz 1 angeordnet wurden. Zeitlich befristete Beschränkungen sind hiervon ausgenommen. Endet die Zulassung gemäß § 103 Absatz 4 und hat der Inhaber der Zulassung zwischenzeitlich von der Möglichkeit nach Absatz 2 Gebrauch gemacht, so erfolgt eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes nur in dem Umfang, in dem der ausscheidende Vertragsarzt in der überwiegenden Zeit seiner Zulassung vertragsärztlich tätig war.“‘

c) In Artikel 10 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 5a einzufügen:

‚5a § 19a Absatz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Der Zahnarzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seine Zulassung und den sich hieraus ergebenen Versorgungsauftrag auf ein Viertel, die Hälfte oder drei Viertel des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken Die Beschränkung kann zeitlich befristet erfolgen. Der Zahnarzt ist verpflichtet, beim Zulassungsausschuss einen entsprechenden Antrag auf Reduzierung seines Versorgungsauftrages zu stellen, wenn die vertragszahnärztliche Tätigkeit (für mindestens ein Kalenderjahr) nicht entsprechend des ursprünglich übernommenen Versorgungsauftrages ausgeübt wird.

(3) Auf Antrag des Zahnarztes kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Absatz 2 Satz 1 durch Beschluss aufgehoben werden. Dem Antrag ist zu entsprechen, wenn keine in der Person des Antragstellers liegende Gründe dem entgegenstehen.“‘

Begründung

In den konsentierten Eckpunkten der „Rösler-Kommission“ ist unter Punkt „9. Berücksichtigung des tatsächlichen Versorgungsangebots“ als gemeinsames Ziel festgehalten, bei der Zulassung eine größere Differenzierung als die heutige Voll- oder Teilzulassung (50 Prozent) zu erreichen. Dieser Punkt ist bisher im Versorgungsstrukturgesetz nicht aufgegriffen worden. Die vorgeschlagene Änderung setzt diesen Punkt um.

Zugleich wird mit der Änderung dem Wunsch vieler Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprochen, die Möglichkeiten zur Ausübung ihres Berufes in Teilzeit zu erweitern. Hierfür soll die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung künftig weiter flexibilisiert werden, sodass eine vertragsärztliche Tätigkeit nicht zwingend mit einem vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag verbunden ist. Um ein Mindestmaß an Präsenz in der Patientenversorgung zu gewährleisten, wird dabei jedoch vorgegeben, dass die Zulassung mindestens ein Viertel des vollen Versorgungsauftrages umfassen muss.

Das Nähere, insbesondere zum Umfang der mit den Zulassungen verbundenen Versorgungsaufträge und zur Ausgestaltung der Teilzeitmöglichkeiten im Einzelnen, haben die Partner der Bundesmantelverträge bis zum 31. Dezember 2012 festzulegen. Dabei ist grundsätzlich davon auszugehen, dass ein voller Versorgungsauftrag mit einer vollzeitigen Tätigkeit im Rahmen der Versorgung von GKV-Patienten einhergeht. Entsprechend den

in Deutschland allgemein üblichen Arbeitszeiten entspricht dies einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Wochenstunden. Da Vertragsärzte neben der Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Sprechstunden weitere Aufgaben und Verpflichtungen wahrnehmen, wie insbesondere die Durchführung von Hausbesuchen, Dokumentations- und Abrechnungsaufgaben, Aufgaben im Zusammenhang mit der Praxisführung und den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, können sie der Patientenversorgung in den Sprechstundenzeiten nicht ihre gesamte Arbeitszeit widmen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Übernahme eines vollen Versorgungsauftrages ein Angebot von durchschnittlich mindestens 30 Sprechstunden pro Woche erfordert.

Mit der Änderung in § 95 Absatz 6 SGB V wird klargestellt, dass die Zulassung zu entziehen ist, wenn Vertragsärzte ihrem Versorgungsauftrag nicht in angemessenem Umfang nachkommen. Zwar ist wichtig, dass ein Vertragsarzt die Möglichkeit hat, den Umfang seiner Tätigkeit der jeweiligen Lebenssituationen anzupassen, dies darf jedoch nicht dazu führen, dass er einen übernommenen Versorgungsauftrag dauerhaft nicht in dem erforderlichen Umfang ausfüllt. Da in der Bedarfsplanung jeder Vertragsarzt mit einer vollen Zulassung auch voll auf die insgesamt zur Verfügung stehenden Zulassungsmöglichkeiten angerechnet wird, wird die Versorgungssituation regelmäßig überschätzt, wenn Ärzte mit einem vollen Versorgungsauftrag tatsächlich nur in Teilzeit tätig sind. Das heißt, für die Versorgung der Patientinnen und Patienten stehen tatsächlich weniger Leistungserbringer zur Verfügung, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen sind. Auf Grundlage der Bedarfsplanung erfolgt jedoch nicht nur eine Einschätzung der Versorgungssituation, sie bildet auch die Grundlage für Maßnahmen zur Steuerung der Versorgung und insbesondere für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen. Ärzte, die eine volle Zulassung besetzen, ihrem Versorgungsauftrag aber nicht in vollem Umfang nachkommen, sind damit auch dafür verantwortlich, dass Zulassungsbeschränkungen angeordnet und Planungsbereiche für weitere Zulassungen gesperrt werden, obwohl nach der tatsächlichen Versorgungssituation weitere Leistungserbringer zur Versorgung zugelassen werden könnten. Im Ergebnis wird das ärztliche Angebot damit künstlich verknappt.

Sofern es betroffenen Ärztinnen und Ärzte darum geht, den Umfang ihrer Tätigkeit nach einem Zeitraum mit geringerem Tätigkeitsumfang, z. B. für Kindererziehungszeiten, auch wieder anheben zu können, gibt es hierfür bereits heute verschiedene Möglichkeiten. Sie können sich vertreten lassen oder andere Ärztinnen und Ärzte anstellen. Sie können eine Teilzulassung beantragen und ggf. sogar gleichzeitig als angestellte Ärzte tätig sein. Diese Möglichkeiten sollen künftig dadurch erweitert werden, dass Ärzte, dauerhaft oder befristet, eine Reduzierung ihrer Tätigkeit auf bis zu einem Viertel des Versorgungsauftrages beantragen können. Bei einer befristeten Reduzierung der Zulassung besteht dann auch die Möglichkeit, zu einem späteren Zeitpunkt wieder eine volle Zulassung auszuüben. Sofern durch die befristete Reduzierung einer Zulassung in der Zwischenzeit ein Nachbesetzungsbedarf entsteht, darf dieser ebenfalls nur zu einer entsprechend befristeten Nachbesetzung führen, um Überversorgungssituationen zu vermeiden bzw. nicht weiter zu verstärken.

Die Antragstellung auf Reduzierung der Zulassung erfolgt grundsätzlich freiwillig. Die Ärztinnen und Ärzte werden künftig jedoch verpflichtet, einen Antrag auf Reduzierung der Zulassung zu stellen, wenn sie auf längere Sicht keinen vollen Versorgungsauftrag ausführen wollen oder können. Damit soll verhindert werden, dass die Versorgungssituation überschätzt wird und Teilzeittätige einen vollen Vertragsarztsitz blockieren und damit weitere Zulassungen verhindern.

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte soll eine entsprechende Regelung geschaffen werden.

28. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c1 – neu –** (§ 95 Absatz 3 Satz 4 – neu – SGB V)
Buchstabe c2 – neu –
(§ 95 Absatz 4 Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 31 sind nach Buchstabe c folgende Buchstaben c1 und c2 einzufügen:

‚c1) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet auch zur ärztlichen Versorgung der in § 75 Absatz 3a genannten Versicherten."

c2) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet auch zur ärztlichen Versorgung der in § 75 Absatz 3a genannten Versicherten." '

Begründung

Mit dem GKV-WSG wurde ab 1. Juli 2007 den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Aufgabe übertragen, die Versorgung der in dem bisherigen brancheneinheitlichen Standardtarif und dem neuen brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Absatz 1a VAG versicherten Personen sicherzustellen. Damit sollte diesen in der Privaten Krankenversicherung versicherten Personen eine den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Sicherstellung ihrer ambulanten (zahn)ärztlichen Versorgung gewährleistet werden (vgl. Bundesratsdrucksache 755/06, S. 319). Auf Grund der für diesen Personenkreis fehlenden Behandlungspflicht kommt es jedoch auch weiterhin zu Problemen und Beschwerden über die Verweigerung einer (zahn)ärztlichen Behandlung, zum Beispiel unter Hinweis auf die geltenden Gebührenbegrenzungen.

Das Bundesverfassungsgericht hat einerseits Beschwerden gegen die Einführung des Basistarifes abgelehnt, weil dies gewichtigen Gemeinwohlbelangen dient und zudem geeignet und erforderlich ist, um den Krankenversicherungsschutz des betroffenen Personenkreises sicherzustellen (Beschlüsse vom 10. Juni 2009, 1 BvR 706/08 u. a.), andererseits aber eine unmittelbare Behandlungsverpflichtung der Vertragsärzte für diese Personengruppe trotz des gesetzlichen Sicherstellungs-

auftrags in § 75 Absatz 3a SGB V verneint (Nichtannahmebeschluss vom 5. Mai 2008, 1 BvR 807/08).

Mit der vorgeschlagenen Änderung sollen zugelassene und ermächtigte Ärzte und medizinische Versorgungszentren unmittelbar zur Behandlung der rund 21 000 (Stand Ende 2010) Versicherten im Basis- und Standarttarif berechtigt und verpflichtet werden, um diesem Personenkreis tatsächlich eine den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Sicherstellung ihrer ambulanten (zahn)ärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

29. **Zu Artikel 1 Nummer 34 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb** (§ 99 Absatz 1 Satz 2a0 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 34 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist in § 99 Absatz 1 nach dem einzufügenden Satz 2a folgender Satz einzufügen:

„Dabei können auch Arztgruppen einbezogen werden, für die keine einheitlichen Verhältniszahlen gelten."

Begründung

Nach der bisherigen Regelung in § 101 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad anzupassen oder neu festzusetzen, wenn die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1 000 übersteigt. Dies bedeutet, dass der G-BA für Arztgruppen mit weniger als 1 000 zugelassenen Ärzten keine einheitlichen Verhältniszahlen festsetzen muss und diese nicht der Bedarfsplanung unterliegen.

Die Zulassungen in den nicht der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen (Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Transfusionsmediziner, Humangenetiker u. a.) haben in den letzten Jahren erheblich zugenommen, ohne dass hierbei eine Klärung hinsichtlich des Bedarfs auf regionaler Ebene erfolgen kann. Unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten soll deshalb künftig auch eine Einbeziehung von Arztgruppen in die Bedarfsplanung ermöglicht werden, für die keine einheitlichen Verhältniszahlen bestimmt wurden. Damit kann insbesondere einer Konzentration und Überversorgung in bestimmten Regionen vorgebeugt werden.

30. **Zu Artikel 1 Nummer 34a – neu –** (§ 100 Absatz 3 Satz 2 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 34 folgende Nummer 34a einzufügen:

‚34a. Dem § 100 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann bei der Feststellung nach Satz 1 von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden."'

Begründung

Zur Niederlassungssteuerung der Ärzte und zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung enthält der Gesetzentwurf eine Reihe von Maßnahmen. Voraussetzung dieser Maßnahmen ist zumeist, dass der Landesausschuss für die Region Unterversorgung oder „zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf" festgestellt hat (zum Beispiel: Zuschläge, Ausnahme von Mengenbegrenzung).

Bei der Feststellung eines „zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs" nach § 100 Absatz 3 SGB V hat der Landesausschuss Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und damit Vorgaben der Bundesebene zu beachten. Für den Landesausschuss ist – anders als für KVen und Krankenkassen bei Erstellung des Bedarfsplans auf Landesebene – nicht ausdrücklich eine Abweichungsbefugnis von diesen Richtlinien des G-BA festgeschrieben. Der G-BA kann damit über die Festlegung „allgemeiner Voraussetzungen" die Entscheidungsbefugnis des Landesausschusses zur Feststellung eines besonderen lokalen Versorgungsbedarfs faktisch konterkarieren.

Um zu gewährleisten, dass über die Steuerungsmöglichkeiten tatsächlich auf Landesebene entschieden werden kann, sollte im Gesetz klargestellt werden, dass auch der Landesausschuss bei Feststellung von zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf von Richtlinien des G-BA abweichen kann, soweit regionale Besonderheiten dies erforderlich machen.

31. **Zu Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb** (§ 101 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Satz 1a – neu –, Satz 1b – neu – und Satz 1c – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb sind in § 101 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 folgende Sätze anzufügen:

„Dabei sind insbesondere die demographische Entwicklung, die Sozialstruktur sowie die Krankheitslast zu berücksichtigen. Die Krankheitslast soll einerseits mit Leistungsdaten im Sinne des § 303 und der §§ 303a bis 303f (Datentransparenz) bestimmt werden. Andererseits sollen mittelfristig epidemiologische Daten, die unabhängig von den in Anspruch genommenen Leistungen gewonnen wurden, zur Ermittlung der Krankheitslast herangezogen werden."

Begründung

Die Anpassung der Verhältniszahlen soll künftig nicht mehr stichtagsbezogen erfolgen, sondern allein nach sachgerechten Kriterien. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird eine zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderliche Anpassung der Verhältniszahlen (§ 101 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V) unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung ausdrücklich vorgegeben. Diese Definition geht nicht weit genug, denn um eine möglichst transparente Darstellung der regionalen Gegebenheiten erreichen zu können, müssen auch Datengrundlagen zur regionalen Versorgung, zur Krankheitslast und zu Sozialstrukturen berücksichtigt werden.

Damit soll die Entwicklung eines planungsrelevanten Datenpools für die künftige Bedarfsplanung ermöglicht werden, welcher sich sowohl an Daten aus der Leistungsinanspruchnahme orientiert, als auch Aussagen zur Krankheitslast, unabhängig von den in Anspruch genommenen Leistungen, zulässt. Denn erst die Gegenüberstellung beider Sachverhalte ermöglicht Aussagen über Über-, Fehl- und Unterversorgung.

Dadurch kann den besonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch städtischer Regionen jeweils angemessen Rechnung getragen und die aus Patientensicht bedeutsamen Faktoren der Erreichbarkeit und Entfernung der Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte daher eine entsprechende Methodenentwicklung in Auftrag geben, insbesondere im Hinblick auf regionalisierte Aussagen.

32. **Zu Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b1 – neu –** (§ 101 Absatz 4 Satz 2 bis 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 35 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe b1 einzufügen:

‚b1) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 2 bis 4 werden wie folgt gefasst:

„Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe zum Stand vom 1. Januar 2012 neu zu ermitteln. Dabei ist der zwischenzeitlich gestiegene Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen besonders zu berücksichtigen. Überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sind mit dem Faktor 0,7 zu berücksichtigen.“

b) In Satz 5 werden die Wörter „mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und“ gestrichen.‘

Begründung

Zu Buchstabe a

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits jetzt die Aufgabe, die Verhältniszahlen für die Bedarfsplanung anzupassen, wenn dies erforderlich ist. Die derzeitigen Verhältniszahlen für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten entsprechen nicht dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Durch ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten psychotherapeutischer Leistungen sind teils sehr lange Wartezeiten (drei Monate und mehr) entstanden. Auch die teils gravierenden Unterschiede bei den Verhältniszahlen zwischen städtischen und ländlichen Regionen führen zu Verwerfungen im Versorgungsgeschehen. Im Gesetz soll verpflichtend vorgegeben werden, dass der Versorgungsgrad der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten neu zu ermitteln ist. Satz 3 gibt vor, dass bei der Neuermittlung die geänderten Umstände besonders zu berücksichtigen sind. Satz 4 (neu) erhält lediglich eine sprachliche Anpassung an die zuvor geänderten Formulierungen.

Zu Buchstabe b

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, dem angesichts der demographischen Entwicklung in Zukunft eine zunehmende Bedeutung zukommen wird. Gemäß der derzeitigen Bedarfsplanung gelten aktuell fast alle Planungsbereiche auf dem Papier als überversorgt, obwohl es deutliche Hinweise auf Versorgungsengpässe gibt. Schon heute warten Patientinnen und Patienten monatelang auf den Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung mit der Folge, dass sich die psychischen Erkrankungen verschlimmern, erneut auftreten oder chronifizieren können.

Das GKV-OrgWG hat zum 1. Januar 2009 zu einer Veränderung der Quotierung geführt. Den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten wird aber aktuell immer noch eine Quote von noch 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl zugebilligt. Gleichzeitig wurde diese Quote bis zum 31. Dezember 2013 befristet.

Ein vorzeitiger Wegfall der Quote hilft, die psychotherapeutische Versorgungssituation zu verbessern. Aktuell nicht von psychotherapeutisch tätigen Ärzten zu besetzende Sitze können dann schon im Jahr 2012 von psychologischen Psychotherapeuten besetzt werden.

33. **Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa** (§ 103 Absatz 4 Satz 1 SGB V) und **Doppelbuchstabe dd** (§ 103 Absatz 4 Satz 7a – neu – und Satz 7b – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 36 ist Buchstabe a wie folgt zu ändern:

a) Doppelbuchstabe aa ist wie folgt zu fassen:

‚aa) In Satz 1 werden die Wörter „Erreichen der Altersgrenze,“ gestrichen und nach dem Wort „soll“ werden die Wörter „und der Zulassungsausschuss festgestellt hat, dass ein entsprechender Versorgungsbedarf besteht,“ eingefügt.‘

b) Doppelbuchstabe dd ist wie folgt zu fassen:

‚dd) Nach Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit nach Satz 5 Nummer 3 wird um Zeiten verlängert, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist.

< Satz 7a entspricht inhaltlich dem Gesetzentwuf >

Stellt der Zulassungsausschuss fest, dass unter Versorgungsgesichtspunkten kein Bedarf für die Fortführung der Praxis besteht, wird die Praxis durch die Kassenärztliche Vereinigung unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes aufgekauft.“‘

B e g r ü n d u n g

Vor der Ausschreibung und Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Planungsbereich soll der Zulassungsausschuss künftig prüfen, ob trotz der Zulassungsbeschränkungen ein entsprechender Versorgungsbedarf besteht. Wird dies verneint, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz aufzukaufen, andernfalls besteht ein gegenüber berechtigten Erben etc. ein nachrangiges Vorkaufsrecht gemäß § 103 Absatz 4c SGB V (neu). In beiden Fällen sind die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben gemäß § 103 Absatz 4 Satz 7 (alt) SGB V bis zur Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu berücksichtigen, den der Zulassungsausschuss in der Regel durch ein Sachverständigengutachten ermitteln kann. Der zivilrechtliche Verkauf eines Vertragsarztsitzes bzw. einer öffentlich-rechtlichen Zulassung ist auch weiterhin nicht zulässig. Die Regelung dient der Vermeidung einer dauerhaften Festschreibung von Überversorgungen in einzelnen Planungsregionen unter Berücksichtigung der grundrechtsgeschützten Eigentumsrechte des ausgeschiedenen Praxisinhabers.

34. **Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe b Doppelbuchstabe 0aa – neu –**
(§ 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V)
Buchstabe c Doppelbuchstabe aa – neu –
Doppelbuchstabe bb – neu –
Doppelbuchstabe cc
(§ 103 Absatz 4b Satz 1, Satz 1a – neu – und Satz 3 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 36 ist wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe b ist dem Doppelbuchstaben aa folgender Doppelbuchstabe 0aa voranzustellen:

‚0aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „genehmigen“ die Wörter „, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“ eingefügt.‘

b) Buchstabe c ist wie folgt zu fassen:

‚c) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „genehmigen“ die Wörter „, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“ eingefügt.‘

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung nach Absatz 4 Satz 1 von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Praxis weiterführt.“

cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.“‘

< entspricht inhaltlich dem Gesetzentwurf >

B e g r ü n d u n g

Zu Buchstabe a und Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Dies kann jedoch nur erreicht werden, wenn den Zulassungsausschüssen/-instanzen entsprechende Steuerungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Die bisherige Regelung des § 103 Absatz 4a und 4b SGB V führt bei Vertragsärztinnen und -ärzten in gesperrten Planungsbereichen bei Verzicht auf die Zulassung zu Gunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt automatisch zu einer Verlegung des bisherigen Sitzes. Dabei können die Zulassungsinstanzen einer hiermit verbundenen Beeinträchtigung der Versorgungssituation am bisherigen Praxisstandort entsprechend den in § 24 Absatz 3 Nummer 2 und Absatz 7 Ärzte-ZV normierten Grundsätzen nicht entgegenwirken. Dies kann insbesondere in ländlichen Regionen (Verlegung in Oberzentren) zu Versorgungsdefiziten führen. Die Neuregelung ermöglicht den Zulassungsausschüssen, den Wechsel einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes in ein MVZ oder in eine andere Praxis zu versagen, wenn hierdurch die bedarfsgerechte Versorgung am bisherigen Sitz beeinträchtigt wird.

Die Neuregelung ergänzt zudem die geplante Regelung in § 103 Absatz 4d Satz 1 SGB V, die nur für den Fall einer Praxisverlagerung nach Beendigung einer Zulassung mit dem Ziel einer Weiterführung durch einen Praxisnachfolger einschlägig ist. Die zu dieser Regelung führenden Bedenken aus Versorgungsgesichtspunkten müssen analog auch für eine Sitzverlagerung durch den Praxisinhaber gelten.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc

MVZ können sich nach § 103 Absatz 4a SGB V auf ausgeschriebene Vertragsarztsitze in gesperrten Planungsbereichen bewerben und diese mit angestellten Ärzten übernehmen. Den Praxisübernahmevertrag schließt das MVZ mit dem Praxisabgeber. Analog muss es auch Vertragsärzten möglich sein, ausgeschriebene Sitze zu übernehmen und mit Angestellten fortzuführen, was bisher aber nicht explizit im Gesetz angeführt wird. Dadurch wird die Fortführung von Sitzen durch angestellte Ärzte unnötig erschwert. Will ein Vertragsarzt einen (weiteren) Sitz übernehmen und mit einem Angestellten besetzen, muss sich der anzustellende Arzt bewerben, den Praxisübernahmevertrag schließen und die Zulassung für eine juristische Sekunde innehaben, bevor er zu Gunsten einer Anstellung verzichten kann. Dies bedeutet einen unnötigen Zwischenschritt, einen vermeidbaren Verwaltungsaufwand und eine unnötige Verunsicherung inklusive haftungsrechtlicher Risiken für den Arzt, der ausschließlich angestellt arbeiten möchte, obwohl das Ergebnis – die Anstellung – gleich bleibt. Das Tätigwerden als angestellter Arzt für einen Vertragsarzt wird dadurch erschwert.

35. **Zu Artikel 1 Nummer 37 Buchstabe b** (§ 105 Absatz 1a Satz 1, Satz 3a – neu –, Satz 3b – neu – und Satz 3c – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 37 Buchstabe b ist § 105 Absatz 1a wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Die Kassenärztliche Vereinigung soll zur Finanzierung von Fördermaßnahmen einen Strukturfonds bilden, für den sie bis zu 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt.“

b) Nach Satz 3 sind folgende Sätze einzufügen:

„Über die Verwendung der Mittel entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Der Landesausschuss nach § 90 kann Empfehlungen zur Verwendung der Mittel abgeben. Kommt ein Einvernehmen über die Verwendung der Mittel nicht zustande, entscheidet der Landesausschuss.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Ziel der neuen Regelung ist es, mit einem Strukturfonds die Regelungen und Instrumente zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärztinnen und -ärzten weiterzuentwickeln.

Um flexibel finanzielle Anreize für die Niederlassung in ambulant nicht mehr so gut versorgten Regionen setzen zu können, soll die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds einrichten. Die Kann-Regelung wird also durch eine verbindlichere Soll-Regelung ersetzt. Nur wenn schwerwiegende Gründe entgegenstehen, darf die Kassenärztliche Vereinigung auf die Bildung eines Strukturfonds verzichten.

Um rechtzeitig Versorgungsengpässen entgegenwirken zu können, ist es wichtig, dass diese Niederlassungsanreize bereits früh gesetzt werden. Es ist deshalb notwendig, dass die Instrumente nicht nur in bereits unterversorgten Regionen, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 SGB V getroffen wurden, angewendet werden können.

Gleichzeitig erhält die Kassenärztliche Vereinigung mehr Ermessensspielraum bei der Festsetzung der Höhe des Strukturfonds. So soll sie nicht zwingend 0,1 Prozent, sondern bis zu 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellen.

Zu Buchstabe b

In den neuen Strukturfonds sollen bis zu 0,1 Prozent der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und ergänzend eine entsprechend gleich große Summe seitens der Krankenkassen einfließen. Über die konkrete Verwendung der gemeinsam bereitgestellten Mittel sollen deshalb die Vertragspartner ebenfalls gemeinsam entscheiden. Da der Landesauschuss das auf Landesebene maßgebliche Gremium für Versorgungsfragen der vertragsärztlichen Versorgung ist, soll dieser die Möglichkeit erhalten, Empfehlungen abzugeben. Für den Fall, dass ein Einvernehmen über die Mittelverwendung nicht hergestellt werden kann, bedarf es einer Konfliktlösungsmöglichkeit, die durch die Einbeziehung des Landesausschusses geschaffen wird.

36. **Zu Artikel 1 Nummer 37 Buchstabe e** (§ 105 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 37 Buchstabe e ist § 105 Absatz 5 wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben, wenn eine bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung gemäß § 75 und § 105 Absatz 1 durch die Kassenärztliche Vereinigung nicht sichergestellt werden kann.“

b) Satz 2 ist zu streichen.

Begründung

§ 105 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V bringt die in der amtlichen Begründung zu Recht hervorgehobene Subsidiarität kommunaler Eigeneinrichtungen nicht hinreichend zum Ausdruck. Es muss vermieden werden, dass die Kommunen zum „Ausfallbürgen“ werden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung sich nicht ausreichend um die Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags bemüht hat.

Der Begriff der „kommunalen Träger“ setzt eine Trägerschaft voraus, zu der erst durch § 105 Absatz 5 SGB V ermächtigt werden soll. Daher sind die Wörter „Kommunale Träger“ durch das Wort „Kommunen“ zu ersetzen.

37. **Zu Artikel 1 Nummer 38 Buchstabe a1 – neu –** (§ 106 Absatz 2c Satz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 38 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 einzufügen:

‚a1) In Absatz 2c wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben in den Bundesmantelverträgen Vereinbarungen für eine einheitliche Datensatzstruktur zu treffen.“ ‘

Begründung

Die Regelung schafft die Voraussetzungen für eine bundesweite Vereinheitlichung der Datenübermittlung von den Krankenkassen an die 17 Prüfungsstellen. Diese Vereinheitlichung führt zu deutlich effizienteren Arbeitsabläufen und damit zu einer Kostensenkung insbesondere für die datenliefernden Stellen der Krankenkassen.

38. **Zu Artikel 1 Nummer 38 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa1 – neu –** (§ 106 Absatz 5a Satz 11 SGB V) und

Doppelbuchstabe bb (§ 106 Absatz 5a Satz 11 und 12 SGB V)

Artikel 1 Nummer 38 Buchstabe b ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Doppelbuchstabe aa ist folgender Doppelbuchstabe aa1 einzufügen:

„aa1) Satz 11 wird aufgehoben."

b) In Doppelbuchstabe bb wird die Angabe „Satz 12" durch die Angabe „Satz 11" ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Gemäß § 106 Absatz 5a Satz 11 SGB V hat eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses, mit der ein durch die Prüfungsstelle festgesetzter Verordnungskostenregress zurückgewiesen wird, keine aufschiebende Wirkung. Damit kann ein Verordnungskostenregress wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege der Aufrechnung gegen Honorarforderungen des Arztes vollzogen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit des Regresses rechtskräftig entschieden ist.

Der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen Regressfestsetzungen kann im Einzelfall für die regressbetroffenen Ärzte existenzgefährdend sein. Er vermag darüber hinaus im Allgemeinen ein psychologisches Niederlassungshemmnis für einzelne Ärzte darstellen.

Gründe, die aufschiebende Wirkung von Klagen entgegen der grundsätzlichen Wertung in § 86a Absatz 1 Satz 1 SGG im Falle von Verordnungskostenregressen gesetzlich auszuschließen, sind nicht ersichtlich. In Bezug auf die Krankenkassen besteht aufgrund der vollumfänglichen Haftung der Kassenärztlichen Vereinigung für die Regressbeträge im Rahmen der Gesamtvergütung gemäß § 106 Absatz 5c Satz 3 SGB V kein Ausfallrisiko.

Der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung nach § 106 Absatz 5 Satz 7 SGB V bleibt unberührt. Er regelt einen grundsätzlich anderen Sachverhalt. Im Falle des Verordnungskostenregresses werden keine Honorarkürzungen vollzogen, so dass das für den Bereich der Honorarkürzung geltende Argument der Notwendigkeit, abschließende Honorarbescheide zu erstellen, für den Bereich der Verordnungskostenregresse nicht greift.

Zu Buchstabe b

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung.

39. **Zu Artikel 1 Nummer 39 Buchstabe c – neu –** (§ 111b Absatz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 39 ist dem Buchstaben b folgender Buchstabe c anzufügen:

‚c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde." ‘

Begründung

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze wurde eine Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen geschaffen. Die zuständige Landesbehörde soll die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle erhalten. Im Gesetzesvorblatt wird angegeben, dass die Kosten für die Länder in diesem Bereich nicht quantifizierbar seien. Im Referentenentwurf zum GKV-VStG werden durch Änderungen des § 111b SGB V bzw. Schaffung eines neuen § 111c SGB V dieser Schiedsstelle weitere Aufgaben zugewiesen.

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll die Rechtsaufsicht der Landesbehörden auf eine Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle beschränkt werden. Dies ist sachgerecht, da bisher keine materiellen Vorgaben für die Vergütungsvereinbarungen bestehen und die analoge Regelung bei Verträgen über Krankenhausbehandlung (§ 114 Absatz 4 SGB V) ebenfalls auf die Aufsicht über die Geschäftsführung abstellt.

40. **Zu Artikel 1 Nummer 44** (§ 116b SGB V)

a) Der Bundesrat begrüßt die Zielsetzung des GKV-VStG, Maßnahmen zu treffen, in deren Folge sich im konkreten Versorgungsalltag die Situation vieler Patientinnen und Patienten spürbar verbessert. In den Bereichen, in denen im Vorfeld der Beratung des Gesetzentwurfs ein intensiver Austausch zwischen der Bundesregierung und den Ländern stattgefunden hat, enthält der Gesetzentwurf gelungene Regelungen. Dies betrifft insbesondere das gemeinsame Anliegen von Bund und Ländern, die Grundlagen für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung und eine bessere Versorgungssteuerung auf Landesebene zu schaffen.

b) Der Bundesrat bedauert, dass die Bundesregierung vor der Einbringung des Gesetzentwurfs das Vorhaben der Einführung eines sektorenverbindenden Versorgungsbereiches der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nicht zum Gegenstand der Gespräche mit den Ländern gemacht hat.

Die Ausgestaltung des vorgesehenen neuen Versorgungsbereiches ist unpraktikabel und offenbart in der vorliegenden Form Regelungslücken und Fehlanreize, die die anderen Zielsetzungen des Gesetzentwurfs konterkarieren. Sie könnte die im deutschen Gesundheitswesen bestehende Schnittstellenproblematik mit ihren Behandlungsbrüchen und Informationsverlusten vergrößern.

Den bekannten und bewährten Rahmensetzungen und Vorschriften der ambulanten und stationären Versorgung wie der Bindung an die Bedarfsplanung, Zulassung, Wirtschaftlichkeit und kontinuierliche Qualitätssicherung wird ein unklares Verfahren entgegengesetzt, indem mit § 116b SGB V ein Versorgungsbereich in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt werden soll,

– bei dem kein Zulassungsverfahren für Leistungserbringer vorgesehen ist, sondern lediglich ein Anzeigeverfahren;
– bei dem nicht hinreichend klargestellt ist, welche Erkrankungen dem Bereich der spezialärztlichen Versorgung zuzuordnen sind;
– bei dem der für die Bearbeitung der Anzeigen zuständigen Landesbehörde lediglich eine Frist von zwei Monaten eingeräumt wird, in der die für die Patientenversorgung unverzichtbare Qualitätssicherung nicht bzw. nur unzureichend geprüft werden kann. Etablierte und bewährte Verfahren der Qualitätssicherung werden ausgehebelt. Selbst bei Zweifelsfällen, die weiteren Aufklärungsbedarf auslösen, ist keine Unterbrechung des Fristlaufs vorgesehen;
– in dem Landesbehörden Aufgaben der Selbstverwaltung übertragen werden, die auf der einen Seite zu mehr Bürokratie und Verwaltungsaufwand und auf der anderen zu einer Schwächung der Selbstverwaltung führen;
– bei dem die Haftungsrisiken für eine von der Landesbehörde innerhalb dieser Frist nicht aktiv unterbundene Leistungserbringung einseitig und mit unkalkulierbaren Folgen bei den Ländern liegen werden;
– in dem keine Regelungen zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen und damit von Kostenrisiken für die gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind, so dass das Kostenrisiko in Form von Zusatzbeiträgen ausschließlich auf die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen wird;
– bei dem keine Bedarfsplanung vorgesehen ist und anstelle der erforderlichen Verzahnung und Koordination der sektorübergreifenden Versorgung mit der ambulanten und der stationären Versorgung ein vollkommen ungesteuertes Leistungssegment entsteht;
– der auf Grund seiner vorgesehenen unmittelbaren Vergütung von Leistungen durch die Krankenkassen die Tendenz zur Spezialisierung ärztlicher Leistungen und damit zur Niederlassung als spezialisierter Facharzt fördert und die Attraktivität einer Tätigkeit als Hausarzt schwächt;
– dessen Leistungen zu Lasten der allgemeinen Grundversorgung gehen werden und damit dem Ziel des Gesetzentwurfes, vor allem die hausärztliche Versorgung attraktiver zu gestalten, entgegenwirken.

Aus den vorgenannten Punkten folgt, dass nicht allein der medizinische Bedarf der Patientinnen und Patienten Art und Umfang der Leistungserbringung bestimmt, sondern auch der Wunsch von Leistungserbringern, an der Gesundheitsversorgung mitzuwirken.

c) Der Bundesrat konstatiert, dass die gegenwärtige Ausgestaltung des § 116b SGB V in seiner Anwendung durch die Länder eine Reihe von Schwächen offenbart hat, an deren Lösung und Beseitigung die Länder großes Interesse haben.

d) Alle Länder sind daher ausdrücklich bereit, ihre Fachexpertise sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich zur Lösung dieser Schwächen zur Verfügung zu stellen.

Der Bundesrat hält fest, dass die Länder eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung bestimmter Krankheitsbilder im Krankenhaus grundsätzlich befürworten.

Der Bundesrat hält jedoch eine stufenweise Einführung eines neuen Versorgungsbereiches mit einer entsprechenden Vorlaufzeit für sinnvoll. Erst ein solches Vorgehen eröffnet die Möglichkeit, die Ausgestaltung des Versorgungsbereichs der ambulanten spezialärztlichen Versorgung in einem geordneten Verfahren zu beraten, die o. g. Regelungslücken und Fehlanreize zu beheben.

Der Bundesrat fordert, Artikel 1 Nummer 44 aus dem vorliegenden Gesetzentwurf eines GKV-VStG herauszulösen und die Thematik in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren weiter zu verfolgen.

e) Der Bundesrat betont das Interesse und die Bereitschaft der Länder, an der Erarbeitung eines solchen eigenständigen Gesetzentwurfs zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung aktiv und konstruktiv mitzuwirken und die vorhandene Fachexpertise aus der ambulanten und der stationären Versorgung einzubringen.

Der Bundesrat spricht sich dafür aus, die zwischen Bund und Ländern im Vorfeld des GKV-VStG geführten intensiven Beratungen (siehe u. a. die Fachtagung in Erkner) mit dem Ziel wieder aufzunehmen, gemeinsam einen Gesetzentwurf zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung zu erarbeiten, der im Konsens zwischen Bund und Ländern mit einem Inkrafttreten am 1. Januar 2013 verabschiedet werden kann.

41. **Zu Artikel 1 Nummer 44a – neu –** (§ 118a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 44 folgende Nummer 44a einzufügen:

‚44a. Nach § 118 wird folgender § 118a eingefügt:

„§ 118a
Geriatrische Institutsambulanzen

Geriatrische Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten geriatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind vom Zulassungsausschuss zur Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken zu ermächtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe geriatrisch Kranker fest, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 be-

dürfen. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zu Stande, gilt § 118 Absatz 2 Satz 3 bis 7 entsprechend.“ ‘

B e g r ü n d u n g

Geriatrische Patienten können auf Grund der Komplexität ihrer Krankheit, aber auch aufgrund der unzureichenden Versorgungsdichte geriatrischer Fachkompetenz nicht adäquat von den niedergelassenen Ärzten behandelt werden.

Es handelt sich hierbei um Patienten, die aufgrund ihrer geriatrietypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Behandlungsbedarf haben, die aber auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Verläufe ihrer Erkrankungen durch das Leistungsspektrum der Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können (z. B. ungenügendes multiprofessionelles Angebot, fehlende spezifisch geriatrische Weiterbildung). Betroffen davon sind insbesondere sehr alte Patienten mit multiplen somatischen und psychischen Beeinträchtigungen, die regelmäßig mit Einschränkungen der Autonomie im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit verbunden ist. Bisher wurden diese Patienten im Wesentlichen stationär in den Krankenhäusern mit geriatrischen Fachabteilungen betreut.

In den nächsten zehn Jahren ist mit einer signifikanten Zunahme dieser geriatrischen Patienten zu rechnen. Während in Deutschland die Bevölkerung insgesamt bis 2020 um rund 2 Prozent auf knapp 80 Millionen zurückgehen wird, wird die Anzahl der über 80-Jährigen um über 40 Prozent auf gut 6 Millionen steigen. Schon aktuell besteht eine zumindest regional unzureichende Versorgungsdichte von Ärzten mit geriatrischer Fachkompetenz. Nach Erhebungen im Auftrag des Dachverbandes der Gerontologischen und Geriatrischen Gesellschaften Deutschlands e. V. (Prof. Kolb, European Journal of Geriatrics, Vol. 11 (2009) No. 1) verfügten Ende 2007 in Deutschland nur 2 112 Ärzte über die Anerkennung Klinische Geriatrie. Dabei variiert die Arztdichte (Anzahl der über 80-Jährigen pro Geriater) in den Ländern um den Faktor 5. Erschwerend für die ambulante Versorgung kommt hinzu, dass sich von den Ärzten mit geriatrischer Fachkompetenz nur ein ganz geringer Anteil niedergelassen hat.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Einrichtungen, in denen sich die geriatrische Fachkompetenz konzentriert, durch den Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung geriatrischer Patienten ermächtigen zu lassen.

Dazu sollen in Analogie zu der bestehenden Regelung zu den psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) geriatrische Institutsambulanzen etabliert werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung erhalten deshalb den Auftrag, in einem Vertrag die Gruppen der Kranken festzulegen, die durch Vertragsärzte regelmäßig ambulant nicht adäquat zu behandeln sind und deshalb der Behandlung durch geriatrische Ambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern bedürfen. Durch die vom Zulassungsausschuss zu erteilende Ermächtigung zur Behandlung nur der Kranken, die in den Vertragsarztpraxen nicht behandelbar sind, ist sichergestellt, dass es zu keinen Doppelstrukturen und damit zu keinen Interessenkollisionen mit den niedergelassenen Ärzten kommt. Durch die Anrufung des erweiterten Bundesschiedsamtes wird sichergestellt, dass die Blockade des Vertragsschlusses durch eine der Parteien verhindert wird.

42. **Zu Artikel 1 Nummer 48a – neu –** (§ 132a Absatz 2 Satz 7a – neu – und
Satz 7b – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 48 folgende Nummer 48a einzufügen:

‚48a. In § 132a Absatz 2 werden nach Satz 7 folgende Sätze eingefügt:

„Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson; bis zu einer entgegenstehenden rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung gilt der festgesetzte Vertragsinhalt als verbindlich und ist umzusetzen.“ ‘

B e g r ü n d u n g

Bisher fehlte eine Regelung in § 132a, die bestimmt, ob der Schiedsspruch im Falle einer Klage gegen den Inhalt (vorläufig) umzusetzen ist. Derzeit haben es damit die Krankenkassen in der Hand, durch die Erhebung einer Klage die Umsetzung des durch Schiedsspruch festgelegten Vertragsinhalts und insbesondere der von der Schiedsperson festgesetzten Vergütung bis zum Abschluss des Verfahrens zu verhindern. Dies führt in der Praxis zu erheblichen Problemen bei den betroffenen ambulanten Pflegediensten.

Zur Klarstellung und Förderung der Umsetzung sollte die Regelung ebenso ausgestaltet werden wie beim Schiedspersonenverfahren nach § 73b SGB V.

43. **Zu Artikel 1 Nummer 60 Buchstabe a – neu –**
(§ 155 Absatz 2 Satz 5 SGB V),
Buchstabe b – neu –
(§ 155 Absatz 4 Satz 9 SGB V) und
Nummer 60a – neu – (§ 171 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 60 ist wie folgt zu fassen:

‚60. § 155 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

… < wie Gesetzentwurf >

b) Absatz 4 Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„§ 164 Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.“

b) Nach Nummer 60 ist folgende Nummer 60a einzufügen:

‚60a. In § 171 wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„§ 164 Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.“ ‘

Begründung

Im Fall einer Schließung ist den Beschäftigten von Innungskrankenkassen und Allgemeinen Ortskrankenkassen nach §§ 164 Absatz 3 bzw. 146a SGB V neben den dienstordnungsgemäßen Angestellten auch den übrigen Beschäftigten eine zumutbare Stelle innerhalb der Kassenart anzubieten. Bei Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen wird darüber hinaus zwischen unkündbaren und kündbaren Beschäftigten unterschieden. Nach §§ 155 Absatz 4 Satz 9 und 171 Satz 1 SGB V besteht die Verpflichtung zum Angebot einer zumutbaren Stelle lediglich für die unkündbaren Beschäftigten; für die kündbaren Beschäftigten endet das Vertragsverhältnis mit der Schließung der Krankenkasse. Die Ungleichbehandlung zwischen den ordentlich kündbaren Beschäftigten der Betriebskrankenkassen und der Ersatzkassen einerseits und denen der Allgemeinen Ortskrankenkassen andererseits ist sachlich nicht begründbar. Mit der Änderung erfolgt eine rechtliche Gleichstellung der Beschäftigten der Kassenarten.

44. **Zu Artikel 1 Nummer 64 Buchstabe b**
(§ 175 Absatz 2a SGB V)

In Artikel 1 Nummer 64 ist Buchstabe b wie folgt zu fassen:

‚b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Lehnt eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ab oder verhindert oder erschwert sie die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1, hat die Aufsichtsbehörde nach Maßgabe der §§ 87 ff. des Vierten Buches die Krankenkasse zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. Eine aufsichtsrelevante Rechtsverletzung ist insbesondere eine Beratung durch die Krankenkasse, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerten Bedingungen abgegeben kann. Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Die zuständige Aufsichtsbehörde wirkt nach Maßgabe der §§ 87 ff. des Vierten Buches darauf hin, dass der Verwaltungsrat das Regressverfahren gegen den Vorstand einleitet. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung.“‘

Begründung

Der vorliegende Änderungsvorschlag berücksichtigt die den aufsichtsrechtlichen Regelungen zugrunde liegenden Grundsätze der Kooperation und Verhältnismäßigkeit. Die Regelung hat klarstellenden Charakter und verweist auf die Kompetenzen der Aufsicht in den §§ 87 ff. SGB IV mit einer ermessensleitenden Konkretisierung in den beschriebenen Fällen. Die Regelungen der §§ 87 ff. SGB IV bleiben im Übrigen unberührt, wonach im Härtefall auch sofortige repressive Aufsichtsmaßnahmen durchführbar sind. Da der Vorrang der Beratung nur durch eine Soll-Vorgabe begründet ist, kann die Aufsichtsbehörde unter bestimmten, eng zu handhabenden Voraussetzungen ausnahmsweise auch unmittelbar einen Verpflichtungsbescheid erlassen. Eine solche Vorgehensweise muss durch wichtige Gründe gerechtfertigt werden. Solche Gründe liegen vor, wenn die Behebung der Rechtsverletzung keinen Aufschub duldet, der Versicherungsträger in Kenntnis der ihm bereits bekannten gegenteiligen Auffassung der Aufsichtsbehörde handelt oder sonstige Umstände des Einzelfalls sicher erkennen lassen, dass eine Beratung keinen Erfolg haben wird.

Der Gewährleistung eines zügigen Kassenwechsels und der Vermeidung von Fehlanreizen dient auch der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen gegen die Anordnung der Aufsichtsbehörden.

45. **Zu Artikel 1 Nummer 64 Buchstabe c – neu –**
(§ 175 Absatz 3a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist der Nummer 64 folgender Buchstabe c anzufügen:

‚c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Für Versicherungspflichtige einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse nach §§ 153, 163, 170 und 171b gilt Absatz 3 Satz 2 mit der Maßgabe, dass Versicherungspflichtige, die keine Mitgliedsbescheinigung nach Absatz 3 Satz 1 vorlegen und für die zuvor keine andere Versicherung bestand, von den zur Meldung verpflichteten Stellen bei den übrigen nach § 173 Absatz 2 wählbaren Krankenkassen entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Mitglieder in der Region anzumelden sind. Der Anteil der Versicherten der Krankenkassen in der Region wird den zur Meldung verpflichteten Stellen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen mitgeteilt.“‘

Begründung

Auch im Falle einer Schließung oder Insolvenz soll das Wahlrecht der Versicherten nicht eingeschränkt werden. Allerdings bedarf es einer Regelung für Versicherte, die nicht von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen. In diesem Falle sind die Versicherungspflichtigen von den zur Meldung verpflichteten Stellen bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand. Bestand vorher keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherten bei einer wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherten hierüber zu informieren.

Meldende Stellen sind unter anderem die Rentenversicherungsträger, die Arbeitsagenturen und die Sozial- und Grundsicherungsämter.

Insbesondere im Falle einer Anmeldung der Versicherten durch die zur Meldung verpflichtete Stelle ist ein geordneter Übergang notwendig. Zu vermeiden ist, dass die Anmeldung bei nur einer oder nur wenigen Krankenkassen erfolgt. Dies kann mit Wettbewerbsver-

zerrungen bzw. finanziellen Belastungen verbunden sein, die einzelne Krankenkassen dazu zwingen, einen Zusatzbeitrag zu erheben, der wiederum Mitgliederverluste auslösen und die Krankenkasse ihrerseits in eine finanzielle Notlage bringen kann.

Daher sollen die Versicherten, die nicht von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen, von den zu meldenden Stellen bei den wählbaren Krankenkassen entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Versicherten in der Region angemeldet werden. Der Anteil der Versicherten in der Region soll den zur Meldung verpflichteten Stellen durch den GKV-Spitzenverband mitgeteilt werden.

46. **Zu Artikel 1 Nummer 67 Buchstabe b** (§ 221b Absatz 2 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 67 Buchstabe b ist in § 221b Absatz 2 der Satz 2 zu streichen.

B e g r ü n d u n g

Die zugesagte Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs wird durchbrochen, wenn Mehrausgaben im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung bei der Festlegung der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich nach § 221b Absatz 1 SGB V mindernd berücksichtigt würden. Damit gingen gesetzlich bedingte Mehrausgaben einseitig zu Lasten der Versicherten, die mit noch höheren Zusatzbeiträgen rechnen müssten. Im Ergebnis würde der Bundeshaushalt zu Lasten der Beitragszahler geschont. Das Versprechen, Menschen mit geringem Einkommen durch einen steuerfinanzierten Sozialausgleich zu schützen, muss – solange die heutige Form der GKV-Finanzierung Bestand hat – eingehalten werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass auch zukünftig steigende Sozialausgleichsansprüche nicht über einen Bundeszuschuss, sondern durch die GKV-Versichertengemeinschaft selbst zu finanzieren sind.

47. **Zu Artikel 1 Nummer 75a – neu –** (§ 268 Absatz 3 Satz 14 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 75 ist folgende Nummer 75a einzufügen:

‚75a. In § 268 Absatz 3 Satz 14 werden nach den Wörtern „Satz 2 gilt entsprechend“ die Wörter „; den Belangen der Versorgungsforschung und der Pharmakoepidemiologie ist in besonderer Weise Rechnung zu tragen“ eingefügt.‘

B e g r ü n d u n g

Der Gesetzentwurf sieht unter anderem „eine Neuausgestaltung der Regelungen zur Datentransparenz mit dem Ziel (vor), die Datengrundlage für Versorgungsforschung und Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern“ (vgl. Bundesratsdrucksache 456/11, S. 3 unter B. 8). So sollen ausweislich der Begründung zu Artikel 1 Nummer 83 der Versorgungsforschung durch öffentliche Stellen pseudonymisierte Daten zur Verfügung gestellt werden können, die auf den „bereits im System vorhandenen Daten des Risikostrukturausgleichs“ aufsetzen.

Allerdings sind die für den Risikostrukturausgleich erhobenen Daten nach ihrer bisherigen Zweckbestimmung weitestgehend an den administrativen Aufgaben der Krankenkassen ausgerichtet und entsprechen daher nicht immer den spezifischen Belangen der wissenschaftlichen Forschung. Dies betrifft insbesondere die Art – vor allem den Grad der Ausdifferenzierung – der zu erhebenden und zu nutzenden Daten. Deshalb ist in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 SGB V vorzusehen, dass bei der Bestimmung des Verfahrens und Umfangs der Datenerhebung für den Risikostrukturausgleich den Belangen der Versorgungsforschung in besonderer Weise Rechnung getragen wird.

48. **Zu Artikel 1 Nummer 77** (§ 271 Absatz 2a Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 77 ist dem § 271 Absatz 2a folgender Satz anzufügen:

„Gleiches gilt für aufnehmende Krankenkassen.“

B e g r ü n d u n g

Bisher bezieht sich die Neuregelung nur auf leistungsaushelfende Kassen, nicht auf die aufnehmenden Kassen, weil diese für die neuen Mitglieder Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten (vgl. § 266 SGB V). Da die Zuweisung jedoch kein Instrument zur kurzfristigen Überbrückung von Finanzierungsengpässen darstellt, sind die aufnehmenden Kassen ebenfalls bei der Vergabe von Mitteln aus der Liquiditätsreserve zu berücksichtigen. Damit ist sichergestellt, dass die aufnehmende Kasse Leistungsansprüche auch einer größeren Anzahl neuer Mitglieder kurzfristig finanzieren kann.

49. **Zu Artikel 1 Nummer 77a – neu –** (§ 275 Absatz 1c Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 77 die folgende Nummer 77a einzufügen:

‚77a. Dem § 275 Absatz 1c wird folgender Satz angefügt:

„Eine Minderung des Abrechnungsbetrags durch die ausschließliche Kürzung der Benutzerentgelte nach Artikel 14 Absatz 1 Satz 1 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesetz vom 26. März 2007 [BGBl. I S. 378]; zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 [BGBl. I S. 1622]) steht der Entrichtung der Aufwandspauschale nicht entgegen.“‘

B e g r ü n d u n g

Ziel der Einführung der Aufwandspauschale im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) war es, einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung entgegenzuwirken.

Verschiedene Krankenkassen in Ostdeutschland verweigern die Zahlung der Aufwandspauschale auch dann, wenn die Prüfung der Abrechnungen im Ergebnis aus-

schließlich zu einer Kürzung der Belegungstage und damit zu einer Minderung der Benutzerentgelte nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) führt. Da mit dieser Verfahrensweise die mit der Einführung der Aufwandspauschale verbundene Zielsetzung unterlaufen wird, bedarf es insoweit einer ergänzenden Klarstellung im § 275 Absatz 1c SGB V.

50. **Zu Artikel 1 Nummer 79** (§ 285 Absatz 3 Satz 9 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 79 ist dem § 285 Absatz 3 folgender Satz anzufügen:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten der zuständigen Heilberufskammer übermitteln, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere zur Vornahme berufsrechtlicher Maßnahmen, erforderlich ist.“

Begründung

Der neue Satz beinhaltet folgende Änderung:

Nach den Datenschutzgesetzen oder den Heilberufsgesetzen der Länder dürfen die Heilberufskammern personenbezogene Daten ihrer Mitglieder an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln, wenn dies zur Erfüllung der in der Zuständigkeit der Heilberufskammern als übermittelnden oder der Kassenärztlichen Vereinigung als empfangenden Stelle liegenden Aufgaben erforderlich ist und für Zwecke erfolgt, für die eine Nutzung zulässig wäre.

Dagegen richtet sich die Zulässigkeit der Übermittlung von Sozialdaten der Ärzte nach § 285 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Heilberufskammern nicht nach Landesrecht, sondern nach den bundesrechtlichen Bestimmungen des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Da den Kassenärztlichen Vereinigungen eine solche Übermittlungsbefugnis weder in den §§ 68 bis 77 SGB X noch in anderen Rechtsvorschriften eingeräumt worden ist, ist die Übermittlung von Sozialdaten an die Heilberufskammern nach § 67d Absatz 1 SGB X derzeit nicht zulässig.

Die dringende Notwendigkeit für die Zulässigkeit der Übermittlung von Sozialdaten von der Kassenärztlichen Vereinigung an die zuständige Heilberufskammer (Ärztekammer, Zahnärztekammer oder Psychotherapeutenkammer) folgt insbesondere daraus, dass ein der Kassenärztlichen Vereinigung bekanntes Handeln eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten auch eine Verletzung seiner Berufspflichten darstellt und insoweit von der zuständigen Heilberufskammer zu ahnden wäre. Diese hat jedoch keine Kenntnis von dem Vorgang und ist daher auf eine Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung angewiesen, um ihre Aufgaben erfüllen zu können.

Auch in dem Fall, dass ein Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut die fachlichen Voraussetzungen zur Durchführung bestimmter, gemäß § 135 Absatz 2 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung genehmigungspflichtiger Leistungen mit der Folge nicht mehr erfüllt, dass ihm die betreffende Genehmigung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung widerrufen wurde, ist eine Datenübermittlung an die zuständige Heilberufskammer erforderlich, damit der Arzt die Leistungen im Rahmen der Privatliquidation nicht weiterhin erbringen kann.

Auch in weiteren Fallkonstellationen ergibt sich die Notwendigkeit der Datenübermittlung von der Kassenärztlichen Vereinigung an die Heilberufskammer.

Die jeweiligen Datenübermittlungsbefugnisse gelten entsprechend für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

51. **Zu Artikel 1 Nummer 80 Buchstabe d** (§ 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 80 ist Buchstabe d zu streichen.

Begründung

Durch die Änderung bleibt die gesetzliche Verpflichtung zur Vereinbarung von Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation von Diagnoseschlüsseln für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (ambulanten Kodierrichtlinien – AKR) bestehen.

Den Ärzten soll mit den AKR eine Unterstützung und Hilfe gegeben werden, die das bereits seit Jahren praktizierte Kodieren von Diagnosen nach dem ICD-10-GM vereinfachen und vereinheitlichen soll. Ziel ist auch, die Datenqualität im Bereich der ambulanten Versorgung zu verbessern und die Diagnosequalität im regionalen und arztgruppenbezogenen Vergleich anzunähern.

Damit Diagnosen als Basis für die Berechnung von Morbiditätsstrukturen oder -veränderungen zur Grundlage von Vergütungsverpflichtungen der Krankenkassen gemacht werden können, ist eine einheitliche und qualitativ hochwertige Kodierung zwingend erforderlich.

Auch die neue Rechtslage sieht eine Anpassung des Behandlungsbedarfs auf der Basis von Morbiditätsinformationen verpflichtend vor.

Eine Aufhebung der Kodierrichtlinien ist auch in Bezug auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) abzulehnen. Grundlage für die Berechnung der morbiditätsorientierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen sind die ambulanten Diagnosen. Eine unterschiedliche Diagnosequalität stellt die Zuweisungsgerechtigkeit des Morbi-RSA in Frage.

52. **Zu Artikel 1 Nummer 80** (§ 295 SGB V)

Der Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zielt unter anderem darauf ab, Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen und die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern. Ein Instrument auf dem Weg zu diesem Ziel können Verbesserungen in der Nutzung vorhandener Daten sein.

Die Leistungserbringer im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung verwenden Praxisverwaltungssoftware unterschiedlicher Hersteller, zwischen denen ein

rechtlich zulässiger Datenaustausch nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich ist. Für unterschiedliche Schnittstellen und Schnittstellenkombinationen sind aufwendige Kommunikationswege zu eröffnen, die die Softwarekosten spürbar erhöhen. Erschwerend kommt hinzu, dass auch für den Bereich der Selektivverträge zunehmend auf Softwarelösungen gesetzt wird, die ihrerseits ebenfalls eigenständige Schnittstellen favorisieren.

Der Bundesrat bittet daher die Bundesregierung, im weiteren Gesetzgebungsverfahren einen Vorschlag für eine Gesetzesänderung vorzulegen, mittels derer die Hersteller und Anbieter von in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzter Praxisverwaltungs- und sonstiger Software zur Implementierung einer einheitlichen Schnittstelle für den Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung angehalten werden.

Begründung

Die Praxisverwaltungssysteme, die in der vertragsärztlichen Versorgung zum Einsatz kommen, müssen künftig zwingend herstellerunabhängig, wie auch mit Software von Drittherstellern, kommunizieren. Die Definition einer einheitlichen Schnittstelle, die eine derartige Kommunikation erlaubt, ist somit dringend geboten.

53. **Zu Artikel 1 Nummer 83** (§ 303a Absatz 1 Satz 3 – neu –, § 303b Satz 1, § 303c Absatz 2 Satz 2, § 303d Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 Satz 3 – neu – und § 303e Absatz 2 Satz 1 Nummer 2a – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 83 ist wie folgt zu ändern:

a) Dem § 303a Absatz 1 ist folgender Satz anzufügen:

„Die Datenaufbereitungsstelle kann die Wahrnehmung besonderer Aufgaben für Zwecke der Versorgungsforschung und der Pharmakoepidemiologie mit Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit auf eine weitere Stelle übertragen.“

b) In § 303b Satz 1 sind nach den Wörtern „an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d“ die Wörter „und die Stelle nach § 303a Absatz 1 Satz 3“ einzufügen.

c) In § 303c Absatz 2 Satz 2 sind nach den Wörtern „der Datenaufbereitungsstelle“ die Wörter „, der Stelle nach § 303a Absatz 1 Satz 3“ einzufügen.

d) § 303d ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 sind in Satz 1 und Satz 2 jeweils nach den Wörtern „Die Datenaufbereitungsstelle“ die Wörter „und die Stelle nach § 303a Absatz 1 Satz 3“ einzufügen.

bb) Dem Absatz 2 ist folgender Satz anzufügen:

„Satz 1 und 2 gelten für die Stelle nach § 303a Absatz 1 Satz 3 entsprechend.“

e) In § 303e Absatz 2 Satz 1 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. Untersuchungen zur Arzneimittelsicherheit,“.

Begründung

Zu Buchstabe a

Risikopotentiale pharmazeutischer Produkte werden erfahrungsgemäß nicht selten erst im Verlauf einer breiten Anwendung (deutlicher) erkennbar. Deshalb ist eine zeitnahe, zuverlässige und qualifizierte wissenschaftliche Auswertung des entsprechenden Leistungsgeschehens im Interesse der Versicherten wie im übergreifenden öffentlichen Interesse unabdingbar. Diese Bedeutung wird dadurch herausgestellt, dass die Datenaufbereitung für Zwecke der Versorgungsforschung und Pharmakoepidemiologie auf eine weitere Stelle übertragen werden kann, die sich durch besonders hohe fachliche Kompetenz speziell auf diesem Gebiet auszeichnet und in der Aufbereitung der erforderlichen Daten Erfahrung aufweist.

Zu den Buchstaben b bis d

Hier handelt es sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe e

Der Bedeutung der Versorgungsforschung und Pharmakoepidemiologie wird durch die besondere Nennung als Zweck der Datenverarbeitung und -nutzung Rechnung getragen.

54. **Zu Artikel 3 Nummer 1** (§ 66 Absatz 3 Satz 3 SGB X)

In Artikel 3 Nummer 1 sind in § 66 Absatz 3 Satz 3 nach den Wörtern „landesunmittelbaren Krankenkassen“ die Wörter „, die sich über mehr als ein Land erstrecken,“ einzufügen.

Begründung

Der Gesetzentwurf sieht vor, auf die Vollstreckung durch die Krankenkassen aus Gründen der Rechtssicherheit und Gleichbehandlung grundsätzlich Bundesrecht anzuwenden. Sobald eine Krankenkasse außerhalb ihres Landes vollstrecken wolle, führe dies in der Praxis zu Problemen.

Der vorgestellte Änderungsbedarf besteht nicht, soweit eine Krankenkasse sich nur auf den Bereich eines Landes erstreckt. Zwar kann nach dem Gesetzentwurf die jeweilige Kasse weiterhin Vollstreckungsbehörde sein. Es ändern sich jedoch die vollstreckungsrechtlichen Grundlagen. Dies hätte einen erheblichen Umstellungs- und Schulungsbedarf zur Folge, dem kein entsprechender Nutzen gegenüberstünde.

55. **Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu –**
(§ 4 Absatz 2a KHEntG) und
Nummer 1b – neu –
(§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bis 6 und Satz 2 bis 4 KHEntgG)

Artikel 7 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 1 ist folgende Nummer 1a einzufügen:

‚1a. § 4 Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Absatz 2 Satz 1 erhalten die Krankenhäuser für den Vereinbarungszeitraum für Mehrleistungen gegenüber der nach Satz 2

festzusetzenden Basis eine verminderte Vergütung. Basis für die Bestimmung von Mehrleistungen ist die Summe der vereinbarten Bewertungsrelationen für den Vereinbarungszeitraum 2011. Vereinbarte Mehrleistungen gegenüber der Basis werden, wenn ein Wert von 5 Prozent nicht überschritten wird, mit einem Abschlag in Höhe von 15 Prozent, ansonsten mit einem Abschlag in Höhe von 7,5 Prozent des Landesbasisfalles belegt. Werden mehr als 10 Prozent Mehrleistungen gegenüber der Basis nach Satz 2 vereinbart, ist die Basis für die Bewertung der Mehrleistungen abweichend von Satz 2 ein Wert von 110 Prozent der ursprünglichen Basis. Satz 4 gilt für weitere Steigerungen entsprechend. Mehrleistungen gegenüber einer neuen Basis werden entsprechend der Staffelung nach Satz 3 bis 5 vergütet. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen und auf der Rechnung gesondert auszuweisen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen sind zusätzliche Leistungen im Zusammenhang mit der Schaffung zusätzlicher Kapazitäten, insbesondere wenn diese in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung oder dem Investitionsprogramm des Landes erfolgen, Entgelte, die ausschließlich Sachkosten vergüten, und Leistungen, für die im laufenden Kalenderjahr Entgelte außerhalb des Erlösbudgets, insbesondere krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6, vereinbart wurden. Der Mehrleistungsabschlag mindert das Erlösbudget nicht.“‘

b) Nach der neuen Nummer 1a ist folgende Nummer 1b einzufügen:

‚1b. § 10 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. die technischen Auswirkungen der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln.“

bb) Nummer 5 und 6 werden aufgehoben.

b) Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.‘

Begründung

Zu Buchstabe a

Da die Steigerung der Landesbasisfallwerte hinter den Personal- und Sachkostensteigerungen zurückbleibt, sind Krankenhäuser wirtschaftlich auf die Erhöhung der Fallzahlen angewiesen. Diese Systematik kann nur dadurch durchbrochen werden, dass den Krankenhäusern einerseits eine verlässlichere Abbildung der Kostensteigerungen im Landesbasisfallwert zugestanden wird (vgl. Änderungen in § 10 Absatz 3 KHEntgG), andererseits aber gestaffelte Abschläge auf Mehrleistungen festgeschrieben werden.

Zu Buchstabe b

Die derzeitigen Regelungen zur Vergütung der Krankenhausleistungen sehen vor, dass die Fortschreibung des Landesbasisfallwertes an die Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt ist. Folglich besteht eine zu geringe Steigerung des Landesbasisfallwertes, um die Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser zu decken. Die Preissteigerungen sind grundsätzlich geringer als die Kostensteigerungen. Die Krankenhäuser sind aus wirtschaftlicher Sicht zu steigenden Fallzahlen gezwungen. Mehrfälle führen zu Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Regeln für die Ermittlung des Basisfallwertes sind so zu ändern, dass die allgemeine Sach- und Personalkostenentwicklung im Krankenhausbereich mit dem Landesbasisfallwert finanziert wird. Die Vorgabe, dass Leistungssteigerungen im Lande bei der Berechnung des Landesbasisfallwertes berücksichtigt werden, muss gestrichen werden. Dafür werden einheitliche, gestaffelte Abschläge bei der Vergütung von Mehrleistungen festgelegt, die für jedes Krankenhaus gelten, das Leistungssteigerungen mit den Krankenkassen vereinbart (§ 4 Absatz 2a KHEntgG).

56. **Zu Artikel 7 Nummer 1c – neu –** (§ 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG)

In Artikel 7 ist nach der neuen Nummer 1b folgende Nummer 1c einzufügen:

„1c. In § 10 Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „0,25 Prozentpunkte“ die Wörter „und für 2012 auf die um 0,5 Prozentpunkte“ gestrichen.

Begründung

Durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde bestimmt, dass ein durch das Statistische Bundesamt zu ermittelnder Orientierungswert die Veränderungsrate als Obergrenze für die Anpassung der Landesbasisfallwerte ablösen soll, um die Kostenentwicklung im Krankenhaus besser abzubilden. Wegen vermuteter, nun nicht eingetretener Mindereinnahmen der GKV wurde dann allerdings mit dem GKV-Finanzierungsgesetz das genaue Gegenteil bestimmt, indem der Landesbasisfallwert nicht einmal in Höhe der Veränderungsrate steigen durfte, sondern in Höhe einer abgesenkten Veränderungsrate, und zwar um 0,25 Prozentpunkte im Jahr 2011 und um 0,5 Prozentpunkte im Jahr 2012. Die Einnahmen der GKV erweisen sich nun deutlich besser als vermutet. Es ist nicht zu vertreten, dass die Krankenhäuser durch eine Absenkung der Veränderungsrate um 0,5 Prozentpunkt in 2012 angesichts zu erwartender Tariferhöhungen und Energiekostensteigerungen in erhebliche wirtschaftliche Schwierigkeiten gebracht werden.

57. **Zu Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe a – neu –** (§ 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a KHEntgG),

Buchstabe b – neu –
(§ 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG)

Artikel 7 Nummer 2 ist wie folgt zu fassen:

‚2. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

… < wie Gesetzentwurf >

b) Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „Krankenhausplanung“ werden die Wörter „und der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“ eingefügt.

bb) Das Komma am Ende wird durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz wird angefügt:

„die Länder können durch Landesgesetz regeln, dass diese Daten dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches zum Zwecke der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung übermittelt werden,“.‘

Begründung

Die für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörden können derzeit die Daten nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG ausschließlich für Zwecke der Krankenhausplanung nutzen. Diese landesbezogenen Daten nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstaben a bis c und Nummer 2 Buchstabe b und d bis g KHEntgG werden auch von dem gemeinsamen Gremium auf Landesebene, das die Länder nach Artikel 1 Nummer 28 (§ 90a SGB V) einrichten können, benötigt.

Aufgabe des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V ist die Abgabe von Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen. Derartige Empfehlungen können fundiert jedoch nur abgegeben werden, wenn die erforderliche Datengrundlage dem gemeinsamen Landesgremium bekannt ist. Hierzu gehören auch die landesbezogenen Daten nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bedarf es für die Übermittlung dieser Daten einer eindeutigen Rechtsgrundlage. Diese wird mit der vorgeschlagenen Regelung zu § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG geschaffen.

58. **Zu Artikel 9 Nummer 5** (§ 19 Absatz 4 Ärzte-ZV)

In Artikel 9 Nummer 5 ist § 19 Absatz 4 wie folgt zu fassen:

„(4) In einem Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad von über 100 Prozent hat der Zulassungsausschuss die Zulassung zu befristen.“

Begründung

Nach § 98 Absatz 2 Nummer 12 (neu) SGB V hat die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) erstmals die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen zu regeln. Nach der Begründung des Gesetzentwurfs dient die Befristung dem Ziel, perspektivisch eine Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren. Die in § 19 Absatz 4 Ärzte-ZV vorgesehene „Kann-Regelung“ und die Beschränkung auf Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent sind hierbei jedoch eine unnötige und nicht nachvollziehbare Einschränkung, die befristete Zulassungen nur in wenigen Planungsbereichen für einzelne Arztgruppen ermöglichen. Es ist insbesondere nicht nachvollziehbar und unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung auch rechtlich bedenklich, warum bei einer Nachbesetzung von Arztsitzen in überversorgten Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen (§ 103 Absatz 4 SGB V) auch weiterhin nur unbefristete Zulassungen erteilt werden sollten und die Überversorgung damit dauerhaft festgeschrieben wird.

Mit der vorgesehenen Änderung wird die grundsätzlich sinnvolle Befristung von Zulassungen deshalb auf alle Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von über 100 Prozent ausgeweitet, wobei der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen – unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungsbedürfnisse und der Interessen des Zulassungsbewerbers – über den konkreten Befristungszeitraum zu entscheiden hat. Nach Ablauf des Befristungszeitraumes steht es dem Vertragsarzt im Falle einer dort weiterhin bestehenden Überversorgung frei, eine Sonderbedarfszulassung (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V) oder eine neue Zulassung in einem nicht überversorgten Bereich zu beantragen.

59. **Zum Gesetzentwurf insgesamt**

a) Der Bundesrat begrüßt, dass die Bundesregierung mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Regelungen auf den Weg bringt, die Beiträge zur zukünftigen Gewährleistung der medizinischen Versorgung auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten leisten können und dabei auch die im Rahmen der „Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland“ vereinbarten Maßnahmen zur Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder weitgehend umsetzt.

b) Der Gesetzentwurf wird den Anforderungen an ein umfassendes, nachhaltiges wirksames und kosteneffizientes Maßnahmenpaket gegen medizinische Unterversorgung allerdings aus den folgenden Gründen nur unzureichend gerecht:

aa) Eine Umsetzung der Ergebnisse der „Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland“ im Hinblick auf die Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten ist bislang nicht erfolgt. Zudem fehlt die Umsetzung von Punkt 9 des Kommissionsergebnisses, der zum Ziel hatte, „bei der Zulassung eine größere Differenzierung als die heutige Voll- oder Teilzulassung (50 Prozent) zu erreichen“ . Der Bundesrat hält das Vorgehen der Bundesregierung für sehr bedenklich, die Ausbildungsthemen in einer separaten Verordnung regeln zu wollen, um die Zustimmungspflicht des Bun-

desrates zum Versorgungsstrukturgesetz zu umgehen. Der Bundesrat fordert deshalb die Bundesregierung auf, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Ergebnisse der Kommission im Bereich der Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen. Gerade Veränderungen in der Ausbildung, die darauf zielen, hausärztliches Wissen gegenüber fachärztlichem Spezialwissen zu stärken, sind elementar, damit eine Antwort auf demographisch bedingte Veränderungen des Versorgungsbedarfes gegeben werden kann. Es bestand in der Kommission Konsens, durch eine Reihe von Maßnahmen im Bereich der Aus- und Fortbildung einen Beitrag zur Bekämpfung des Ärztemangels zu leisten. Keine dieser Maßnahmen hat Eingang in den Gesetzentwurf gefunden. Der Bundesrat fordert daher die Bundesregierung nachdrücklich auf, den Worten auch Taten folgen zu lassen und insbesondere durch eine zeitgleiche Reform der Approbationsordnung für Ärzte den Stellenwert der Allgemeinmedizin im Rahmen der Ausbildung zu erhöhen. Die Länder halten ferner Regelungen im SGB V zur Sicherstellung der dauerhaften Förderung der Allgemeinmedizin sowie zur Anpassung des Regelleistungsvolumens von Weiterbildungspraxen für erforderlich.

bb) Der Bundesrat stellt kritisch fest, dass der Gesetzentwurf über die im Rahmen der Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland vereinbarten Ergebnisse hinaus eine Vielzahl von Regelungen enthält, die weder in der Kommission noch an anderer Stelle mit den Ländern erörtert wurden. Einige dieser Regelungen sind dazu geeignet, die Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der Versorgungssteuerung einzuschränken und hätten daher vom Bundesministerium für Gesundheit bereits in die Beratungen der Kommission eingebracht und auch konsentiert werden müssen. Dazu zählt die Regelung, dass sich Kassenärztliche Vereinigungen zukünftig für den Bereich mehrerer Länder vereinigen dürfen. Im Hinblick auf die Versorgungssteuerung ist auch die Möglichkeit für Krankenkassen, in ihren Satzungen auch Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer vorsehen zu können, problematisch.

cc) Für eine nachhaltig verbesserte Datengrundlage für die Bedarfsplanung ist es nicht ausreichend, den dafür zur Verfügung gestellten Datenpool auf die Morbi-RSA-Daten zu beschränken, zumal deren Aussagekraft durch den vorgesehenen Wegfall der ambulanten Kodierrichtlinien weiter eingeschränkt würde.

dd) Der Bundesrat bedauert, dass dem Gesetzentwurf ein wirksames Umverteilungsmoment fehlt: Maßnahmen zur Schließung von Versorgungslücken und zur Erhöhung der Attraktivität ärztlicher Tätigkeit instrukturschwachen Gebieten werden nicht ausreichend durch wirksame kostenneutrale Vorkehrungen zur Reduzierung von regionaler Überversorgung kompensiert. Der Bundesrat bedauert überdies, dass viele Maßnahmen, die helfen können, einem Ärztemangel entgegenzuwirken, grundsätzlich erst dann zur Anwendung kommen können, wenn Unterversorgung bereits eingetreten ist oder unmittelbar droht.

ee) Besonders stark greifen die Regelungen zur spezialärztlichen Versorgung in die Länderkompetenzen ein. Vor allem die Befreiung dieser Leistungen von jeglicher Mengensteuerung und Bedarfsplanung konterkariert die Bemühungen, durch Errichtung eines sektorübergreifenden Gremiums zur Versorgungsplanung die Angebote und Leistungen der Sektoren besser zu koordinieren. Die vorgesehenen Regelungen gehen zu Lasten der allgemeinen Grundversorgung und wirken dem Ziel, vor allem die hausärztliche Versorgung attraktiver zu gestalten, entgegen. Die Regelung ist in der vorliegenden Form für die Länder nicht sinnvoll umsetzbar und mit erheblichen Kostenrisiken für die Krankenkassen verbunden, die letztlich den Versicherten in Form von Zusatzbeitragen auferlegt werden müssten.

ff) Der Bundesrat bedauert, dass die Maßnahmen des Gesetzentwurfs sehr stark auf die ärztliche Versorgung fokussiert sind und das Potential, das nichtärztliche Gesundheitsberufe zur Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung haben, nicht ausreichend genutzt wird. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert seit Jahren eine Gesundheitsversorgung, die stärker arbeitsteilig, interdisziplinär und professionenübergreifend ausgerichtet ist. Zwar enthält der Gesetzentwurf eine Regelung zur Weiterentwicklung der Delegationsmöglichkeiten, er lässt aber keine Schritte zu einer besseren Kooperation der Berufsgruppen im Gesundheitswesen und zu einer multiprofessionellen Primärversorgung mit einer neuen Aufgabenverteilung, wie sie vom Sachverständigenrat zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen angemahnt werden, erkennen.

Gegenäußerung der Bundesregierung

1. **Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu** (§ 9 Absatz 2a – neu SGB V)

   Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

2. **Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b** (§ 11 Absatz 6 Satz 1 SGB V)

   Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

   Durch die vorgesehene Regelung des § 11 Absatz 6 SGB V sollen die bisherigen Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen ausgeweitet und

damit die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite der GKV gestärkt werden. Dafür soll den Krankenkassen ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt werden, der ausdrücklich auch Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern umfasst. Die Vorschrift sieht ausdrücklich vor, dass diese Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Bundesregierung wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen, inwieweit dies gesetzlich präzisiert werden kann.

3. **Zu Artikel 1 Nummer 3** (§ 19 Absatz 1a Satz 1a – neu – SGB V)

   Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

4. **Zu Artikel 1 Nummer 3a – neu und 3b – neu** (§ 21 Absatz 1 Satz 1a – neu –, § 22 Absatz 1 Satz 2 – neu –, Absatz 2 Satz 2 – neu –, Satz 3 – neu – und Absatz 3 Satz 2 – neu – SGB V)

   Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

   Eine gute zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen. Die Vorgabe im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wonach den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist, gilt auch für die vertragszahnärztliche Versorgung sowie für alle daran Mitwirkenden und Beteiligten.

   Die Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse liegt bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Viele Krankenkassen nutzen die geltenden Vorschriften u. a. zur integrierten Versorgung bzw. zur besonderen ambulanten zahnärztlichen Versorgung und haben entsprechende Verträge zur Verbesserung der Mundgesundheit unter anderem von pflegebedürftigen und behinderten Versicherten mit Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen oder mit Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgeschlossen.

   Ob bzw. inwieweit ein Handlungsbedarf im Hinblick auf eine Änderung der gesetzlichen Vorgaben besteht, wird zur Zeit auch vor dem Hintergrund des Vorschlags des Bundesrates sowie des Konzepts u.a. der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ unter Einbeziehung damit verbundener finanzieller Auswirkungen geprüft.

   Aussagen über gesetzgeberische Konsequenzen lassen sich derzeit noch nicht treffen.

5. **Zu Artikel 1 Nummer 3c – neu –** (§ 24b Absatz 4 Satz 3 und Satz 4 – neu – SGB V)

   Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

6. **Zu Artikel 1 Nummer 3d – neu –** (§ 27a Absatz 3 Satz 3, Satz 4 – neu – SGB V)

   Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

   Der Gesetzentwurf sieht mit § 11 Absatz 6 – neu – SGB V bereits vor, dass die bisherigen Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen auch im Bereich der künstlichen Befruchtung ausgeweitet werden können.

7. **Zu Artikel 1 Nummer 4** (§ 28 Absatz 1 Satz 5 – neu – und Satz 6 – neu – SGB V)

   Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

   Der Gesetzgeber hat in § 87 Absatz 2b Satz 5 SGB V keine Einschränkung hinsichtlich der Einsatzes der Praxisassistentin in Versorgungsregionen vorgenommen. Über die Anpassung der Regelungen entscheidet die gemeinsame Selbstverwaltung in eigener Zuständigkeit. Bis Ende 2011 ist eine Überprüfung der Regelungen, die die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene auf Grundlage von § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V vereinbart hat, vorgesehen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird das weitere Vorgehen der Selbstverwaltung auf Bundesebene beobachten.

8. **Zu Artikel 1 Nummer 6a – neu –** (§ 35a Absatz 7 Satz 3, Satz 3a – neu – SGB V)

   Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

   Eine regelmäßige Beteiligung der Zulassungsbehörden wird nicht für sinnvoll erachtet. Es ist im Einzelfall zu beurteilen, ob eine Beteiligung sinnvoll und erforderlich ist. Eine regelmäßige Beteiligung der Zulassungsbehörden im Sinne der vom Bundesrat vorgeschlagenen „Soll-Vorschrift“ ist sowohl im Hinblick auf den bei den Zulassungsbehörden sowie beim Gemeinsamen Bundesausschuss entstehenden zusätzlichen Aufwand als auch unter dem Gesichtspunkt der Verfahrensbeschleunigung nicht zu befürworten.

9. **Zu Artikel 1 Nummer 7a – neu –** (§ 38 Absatz 1a – neu –, Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

   In § 11 Absatz 6 SGB V – neu – ist vorgesehen, dass die Krankenkassen zukünftig auch im Bereich der Haushaltshilfe in ihren Satzungen Mehrleistungen anbieten können. Darüber hinaus wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft, ob weitergehende Regelungen notwendig sind.

10. **Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a – neu – Doppelbuchstabe aa – neu –**
    (§ 73b Absatz 4 Satz 6 SGB V),
    Doppelbuchstabe bb (§ 73b Absatz 4 Satz 7 SGB V),
    Buchstabe b – neu – Doppelbuchstabe aa
    (§ 73b Absatz 4a Satz 4 SGB V),
    Doppelbuchstabe bb
    (§ 73b Absatz 4a Satz 5 SGB V),
    Nummer 13a – neu –
    (§ 73c Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB V)

    Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Einen inhaltsgleichen Vorschlag hatte der Bundesrat bereits zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vorgelegt (Bundestagsdrucksache 17/1297, S. 25). An der dazu in der Gegenäußerung der Bundesregierung (a. a. O., S. 39) vertretenen Auffassung, wird nach erneuter Prüfung festgehalten.

11. **Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b** (§ 73b Absatz 4a Satz 5 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Mit der im Regierungsentwurf vorgesehenen Änderung des § 73b SGB V wird klargestellt, dass es sich bei dem Schiedsspruch der Schiedsperson nicht um einen Verwaltungsakt handelt, sondern dass die Schiedsperson als Vertragshelfer analog § 317 BGB tätig wird. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 25. November 2010 – B 3 KR 1/10 R) zu der insoweit vergleichbaren Regelung in § 132a Absatz 2 SGB V wird der Vertragsinhalt durch die Festlegung der Schiedsperson rechtsgestaltend ergänzt. Die dagegen gerichtete Ersetzungsklage als Sonderform der Leistungsklage hat keine aufschiebende Wirkung, sodass es der vorgeschlagenen Regelung nicht bedarf.

12. **Zu Artikel 1 Nummer 14** (§ 75 Absatz 1 Satz 2a und Absatz 2 Satz 3 – neu – bis Satz 7 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bereits heute die Aufgabe zu prüfen, inwieweit der übernommene Versorgungsauftrag auch erfüllt wird. Die Länder haben im Rahmen ihrer Aufsicht die Möglichkeit darauf hinzuwirken, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre vorgesehenen Aufgaben auch wahrnehmen.

13. **Zu Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe b** (§ 77 Absatz 2 SGB V) und
Nummer 15a – neu – (§ 78 Absatz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Möglichkeit für Kassenärztliche Vereinigungen, sich länderübergreifend zusammenzuschließen, stellt eine sachgerechte Weiterentwicklung des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen dar. Sie ermöglicht die Herstellung ausgeglichener Größenverhältnisse zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen und ist geeignet, Verhandlungsungleichgewichte im Verhältnis zur Kassenseite zu verhindern. Dagegen führt die vorgesehene Regelung nicht zu einer Aushöhlung der Aufsichtskompetenzen der Länder, da auch die aus Zusammenschlüssen hervorgegangenen Kassenärztlichen Vereinigungen der Landesaufsicht unterliegen. Außerdem müssen die Zusammenschlüsse von den jeweils betroffenen Ländern genehmigt werden, die hierdurch maßgeblich am Zustandekommen von Zusammenschlüssen mitwirken.

14. **Zu Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe f** (§ 85 Absatz 4 Satz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Vertragliche Vereinbarungen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen haben in der Praxis der letzten Jahren keine erkennbaren positiven Auswirkungen auf die effiziente Verteilung des Honorars zwischen den Zahnärzten gezeigt. Sie sind jedoch verwaltungsaufwändig, zeitintensiv und weniger flexibel. Daher wird mit der Neuregelung des § 85 Absatz 4 Satz 2 im Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes der vor dem 1. Juli 2004 bestehende Rechtszustand wieder hergestellt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Honorarverteilungsmaßstab in eigener Verantwortung als Satzung zu beschließen und das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen herzustellen haben.

15. **Zu Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Doppelbuchstabe bb – neu –**
(§ 87 Absatz 2b Satz 1, Satz 6 – neu – bis 8 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Gesetzgeber hat in § 87 Absatz 2b Satz 5 SGB V keine Einschränkung hinsichtlich des Einsatzes der Praxisassistentin in Versorgungsregionen vorgenommen. Über die Anpassung der Regelungen entscheidet die gemeinsame Selbstverwaltung in eigener Zuständigkeit. Bis Ende 2011 ist eine Überprüfung der Regelungen, die die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene auf Grundlage von § 87 Absatz 2b Satz 5 SGB V vereinbart hat, vorgesehen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird das weitere Vorgehen der Selbstverwaltung auf Bundesebene beobachten.

16. **Zu Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd**
(§ 87a Absatz 2 bisheriger Satz 4 (jetzt Satz 3) SGB V) und
Buchstabe e (§ 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Es ist sachgerecht, dass der Bewertungsausschuss Kriterien als Rahmen für die Vereinbarungen von Zuschlägen auf den Orientierungswert beschließt. Die Kriterien können so ausgestaltet werden, dass die Gesamtvertragspartner regionale Besonderheiten bzw. Gegebenheiten berücksichtigen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gefordert, geeignete Vorschläge in die ärztlichen Gremien zur Berücksichtigung durch den Bewertungsausschuss einzubringen.

17. **Zu Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd1 – neu –** (§ 87a Absatz 2 Satz 3a – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die gesetzliche Festlegung von Zuschlägen auf den Orientierungswert für die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen ist nicht vereinbar mit der Flexibilisierung und Regionalisierung des Vergütungssystems. Im Übrigen werden zurzeit die Bewertungen der Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab überprüft.

18. **Zu Artikel 1 Nummer 24** (§ 87b Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Vorgabe, dass die Honorarverteilung im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgt, ist nicht vereinbar mit der von der Bundesregierung vorgesehenen Kompetenzzuweisung der Honorarverteilung an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Deren Flexibilisierungs- und Gestaltungsmöglichkeiten würden dadurch in nicht sachgerechter Weise eingeschränkt.

19. **Zu Artikel 1 Nummer 24** (§ 87b Absatz 4 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die seit dem Jahr 2010 geltende bundesweite Vorgabe zur Trennung der Gesamtvergütungen in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil hat Stabilität und eine getrennte Weiterentwicklung der beiden Vergütungsbereiche bewirkt. Damit wird auch Forderungen aus der Ärzteschaft entsprochen.

20. **Zu Artikel 1 Nummer 26** (§ 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V)

Der Vorschlag wird geprüft.

21. **Zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe 0a – neu –** (§ 90 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

Der Vorschlag wird geprüft.

22. **Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a** (§ 91 Absatz 2 Satz 2 bis 7, Satz 15 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Mit der Neuregelung soll die Neutralität und Unabhängigkeit der Unparteiischen und deren Stellvertreter und damit deren Akzeptanz gestärkt werden. Hierfür wird insbesondere als wichtig angesehen, dass die in Betracht kommenden Personen nicht bereits aus ihrer beruflichen Position heraus einer der Trägerorganisationen und deren Interessen nahestehen. Ebenso dient das Verfahren mit Anhörungs- und Widerspruchsmöglichkeit des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages der Gewährleistung der erforderlichen Neutralität und ergänzt die im Selbstverwaltungsprinzip begründete Legitimation des G-BA hinsichtlich der unparteiischen Mitglieder durch eine vom Parlament abgeleitete Legitimation.

23. **Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe f Doppelbuchstabe aa** (§ 91 Absatz 7 Satz 2a SGB V),
Nummer 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 137c Absatz 1 Satz 2 SGB V),
Nummer 56 (§ 137e Absatz 1 Satz 1a – neu –, Absatz 2 Satz 3, Absatz 6 Satz 1 und Absatz 7 und 8 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Er zielt auf eine Verengung des Zugangs zu Innovationen und wird dem Ziel, dass alle GKV-Versicherten gleichermaßen und zeitnah vom medizinischen Fortschritt profitieren sollen, nicht gerecht. Dem wichtigen Anliegen, dass neue Methoden ihren patientenrelevanten Nutzen belegen, entspricht bereits das in dem Regierungsentwurf vorgelegte ausgewogene Gesamtkonzept zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potential. Es fokussiert auf den Nutzenbeleg, ermöglicht aber gleichzeitig den schwer kranken Patientinnen und Patienten im Krankenhaus weiterhin den Zugang zu vielversprechenden innovativen Methoden und damit die Teilhabe am Fortschritt.

24. **Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe g** (§ 91 Absatz 9 Satz 2 und Satz 3 – neu – SGB V

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Beteiligungsrechte der stellungnahmeberechtigten Organisationen an den Entscheidungen des G-BA werden durch die im Regierungsentwurf enthaltene Regelung in § 91 Absatz 9 SGB V bereits wesentlich gestärkt., denn sie erhalten zusätzlich zu dem bisherigen schriftlichen Stellungnahmerecht nun regelmäßig auch die Gelegenheit zur mündlichen Anhörung. Im Interesse der Funktionsfähigkeit des G-BA ist eine ausgewogene Balance zwischen der Anzahl mitberatender Personen und der Gewährleistung einer effektiven Entscheidungsfindungspraxis erforderlich. Ein generelles Teilnahmerecht an allen Unterausschusssitzungen ist zudem nicht erforderlich, denn der G-BA kann – in Fällen wo eine unmittelbare Teilnahme einer stellungnahmeberechtigten Institution im Unterausschuss sinnvoll erscheint – aufgrund der vorgesehenen Neuregelung zukünftig die Sitzungsteilnahme ermöglichen. Im Übrigen ist der G-BA zu der gebotenen Transparenz seiner Entscheidungen verpflichtet.

25. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb** (§ 95 Absatz 1 Satz 6 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Einführung medizinischer Versorgungszentren ist damit begründet worden, dass Einrichtungen zugelassen werden sollen, die sich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auszeichnen und den Patienten eine Versorgung aus einer Hand bzw. „unter einem Dach“ anbieten können. Mit der vorgeschlagenen Regelung würde dieses für medizinischen Versorgungszentren wesentliche Charakteristikum für den Bereich der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte aufgegeben. Wenn sich mehrere an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit zusammenschließen möchten, haben sie bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, dies in der Form einer Berufsausübungsgemeinschaft umzusetzen. An dem für medizinische Versorgungszentren geltenden Erfordernis einer fachübergreifenden Tätigkeit soll daher festgehalten werden.

26. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe b, c Doppelbuchstabe aa und bb, Buchstabe d und e** (§ 95 Absatz 1a, Absatz 2 Satz 6, Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 Satz 1 und 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Auf die Gründe für die Neufassung der Voraussetzungen zur Gründung medizinischer Versorgungszentren im Regierungsentwurf wird Bezug genommen. Für Medizinische Versorgungszentren, die in der Vergangenheit in anderen als den künftig zugelassenen Rechtsfor-

men gegründet wurden, gelten die Regelungen zum Bestandschutz. Zugelassene Krankenhäuser sollen im Übrigen auch künftig zur Gründung medizinischer Versorgungszentren berechtigt bleiben.

27. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c1 – neu –**
(§ 95 Absatz 3 Satz 1, Satz 4 – neu – SGB V)
Buchstabe c2 – neu –
(§ 95 Absatz 5 Satz 2 SGB V)
Buchstabe d Doppelbuchstabe 0aa – neu – Doppelbuchstabe 1aa – neu –
(§ 95 Absatz 6 Satz 1, Satz 2 SGB V)
Artikel 9 Nummer 5a – neu –
(§ 19a Absatz 2 und 3 Ärzte-ZV) und
Artikel 10 Nummer 5a – neu –
(§ 19a Absatz 2 und 3 Zahnärzte-ZV)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Mit einer weiteren Unterteilung möglicher Versorgungsaufträge wäre eine kaum mehr zu kontrollierende Aufsplitterung und Vervielfältigung von Vertragsarztsitzen verbunden. Es ist fraglich, ob derart differenzierte Versorgungsaufträge tatsächlich überprüft bzw. umgesetzt werden könnten. Darüber hinaus dürfte eine weitergehende Differenzierung des Versorgungsauftrags einen erhöhten bürokratischen Aufwand bedeuten.

28. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c1 – neu –**
(§ 95 Absatz 3 Satz 4 – neu – SGB V)
Buchstabe c2 – neu –
(§ 95 Absatz 4 Satz 4 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann derzeit nicht entsprochen werden.

Die Schaffung einer Behandlungspflicht für Vertragsärzte gegenüber bestimmten Gruppen von PKV-Versicherten (Basis- und Standardtarifversicherten) erscheint angesichts der bisher bekannt gewordenen Einzelfälle und bestehenden Handlungsmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen derzeit im Hinblick auf die verfassungsrechtlich gebotene Verhältnismäßigkeit nicht sachgerecht. Die Bundesregierung wird die Situation sorgfältig beobachten und bei einer Verschärfung der Problematik über Einzelfälle hinaus den Vorschlag der Länder prüfen.

29. **Zu Artikel 1 Nummer 34 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb** (§ 99 Absatz 1 Satz 2a0 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Für Arztgruppen, für die bundesweit weniger als 1 000 Vertragsärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden Allgemeine Verhältniszahlen nicht bestimmt. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung in die Planung einbezogen werden. Dies ermöglicht eine sachgerechte, hinreichend genaue und bundesweit einheitliche Bedarfsplanung.

30. **Zu Artikel 1 Nummer 34a – neu –**
(§ 100 Absatz 3 Satz 2 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Vorgaben in der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen sehen bereits eine Berücksichtigung regionaler Besonderheiten vor. So sind bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen: Altersstruktur der Ärzte, ergänzendes Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in der Bezugsregion, Berücksichtigung ambulanter Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, Zahl der Wohnbevölkerung, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen. Vor diesem Hintergrund wird ein Bedarf für eine Abweichungsmöglichkeit des Landesausschusses um „regionale Besonderheiten“ berücksichtigen zu können nicht gesehen.

31. **Zu Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb**
(§ 101 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Satz 1a – neu –, Satz 1b – neu – und Satz 1c – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Alle an der vertragsärztlichen Bedarfsplanung Beteiligten können zukünftig über die Daten nach § 303a SGB V verfügen. Diese Daten sind jedoch für eine verpflichtende Nutzung im Rahmen der Bedarfsplanung allein nicht geeignet. Aus diesen Daten können für die Bedarfsplanung ergänzende Informationen über die Morbidität der Versicherten entnommen werden. Diese Daten stellen nur einen Teil der bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen als Hauptakteure der Bedarfsplanung vorliegenden und auch in verschiedenster Weise bereits nutzbaren Daten dar. Epidemiologische Daten können bereits heute durch die Teilnehmer an der Bedarfsplanung genutzt werden.

32. **Zu Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b1 – neu –**
(§ 101 Absatz 4 Satz 2 bis 5 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Gesetzentwurf verfolgt insbesondere das Ziel eine präzisere Bedarfsplanung für alle Arztgruppen zu ermöglichen. Dies schließt die psychotherapeutische Versorgung ein. Die Neubestimmung der Verhältniszahlen ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschuss. Im Gesetzentwurf ist u. a. vorgesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Anpassung der Verhältniszahlen für alle Arztgruppen künftig allein nach sachgerechten Kriterien und nicht mehr stichtagsbezogen vorzunehmen hat. Als sachgerechte Kriterien für die Anpassung der Verhältniszahlen kommen über die gesetzlich ausdrücklich vorgegebene Demografie hinaus auch solche Faktoren in Betracht, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben.

33. **Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa** (§ 103 Absatz 4 Satz 1 SGB V) und

Doppelbuchstabe dd (§ 103 Absatz 4 Satz 7a – neu – und Satz 7b – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

34. **Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe b Doppelbuchstabe 0aa – neu –** (§ 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V) **Buchstabe c Doppelbuchstabe aa – neu – Doppelbuchstabe bb – neu – Doppelbuchstabe cc** (§ 103 Absatz 4b Satz 1, Satz 1a – neu – und Satz 3 – neu – SGB V)

    Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

35. **Zu Artikel 1 Nummer 37 Buchstabe b** (§ 105 Absatz 1a Satz 1, Satz 3a – neu –, Satz 3b – neu – und Satz 3c – neu – SGB V)

    Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

    Der Strukturfonds ist ein neues und flexibles Instrument der ärztlichen Selbstverwaltung zur eigenverantwortlichen Erfüllung der ihr durch den Gesetzgeber originär zugewiesenen Aufgaben zur Gewährleistung, Verbesserung und Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags. Die Entscheidungen über die konkrete Mittelverwendung des Strukturfonds zielen insbesondere ab auf die Nachwuchsförderung (z. B. durch die Vergabe von Stipendien an Medizinstudentinnen und -studenten) oder die Förderung von Neuniederlassungen oder die Gründung von Zweigpraxen (z. B. durch Investitionshilfen). Eine Mitsprache der Krankenkassen ist auch deshalb nicht sachgerecht, weil damit eine zügige Mittelverwendung erschwert werden könnte.

36. **Zu Artikel 1 Nummer 37 Buchstabe e** (§ 105 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V)

    Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

37. **Zu Artikel 1 Nummer 38 Buchstabe a1 – neu –** (§ 106 Absatz 2c Satz 1a – neu – SGB V)

    Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

38. **Zu Artikel 1 Nummer 38 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa1 – neu –** (§ 106 Absatz 5a Satz 11 SGB V) und **Doppelbuchstabe bb** (§ 106 Absatz 5a Satz 11 und 12 SGB V)

    Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

    Nach geltendem Recht führt bereits die Anrufung des Beschwerdeausschusses gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle zur aufschiebenden Wirkung. Hierdurch ist den Belangen der betroffenen Vertragsärzte ausreichend Rechnung getragen. Eine Herstellung der aufschiebenden Wirkung bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung der Sozialgerichtsbarkeit über Klagen kann langjährigen Verfahrensdauern führen und die Vollziehbarkeit von Regressen um viele Jahre verzögern. Lange Verfahrensdauern schwächen die Wirksamkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und sind für die betroffenen Vertragsärzte nicht zumutbar.

39. **Zu Artikel 1 Nummer 39 Buchstabe c – neu –** (§ 111b Absatz 4 SGB V)

    Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

    Die Rechtsaufsicht der zuständigen Landesbehörde sollte sich nicht nur auf die Geschäftsführung der Landesschiedsstelle erstrecken. Auch wenn es in § 111 Absatz 5 SGB V keine spezifischen Vorgaben für ein Preissystem bei den Einzelverträgen gibt, sind doch allgemeine Rechtsvorschriften (z. B. allgemeine Wettbewerbsvorschriften oder auch z. B. der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absatz 1 SGB V) bei den Entscheidungen der Landesschiedsstelle zu berücksichtigen.

40. **Zu Artikel 1 Nummer 44** (§ 116b SGB V)

    Der Vorschlag wird mit dem Ziel, in diesem Gesetzgebungsverfahren zu sachgerechten Lösungen zu kommen, geprüft.

41. **Zu Artikel 1 Nummer 44a – neu –** (§ 118a – neu – SGB V)

    Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

42. **Zu Artikel 1 Nummer 48a – neu –** (§ 132a Absatz 2 Satz 7a – neu – und Satz 7b – neu – SGB V)

    Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

    In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 25. November 2010 – B 3 KR 1/10 R) ist geklärt, dass die Schiedsperson nach § 132a Absatz 2 SGB V als Vertragshelfer analog § 317 BGB tätig wird. Bei der Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson handelt es sich danach nicht um einen Verwaltungsakt. Vielmehr wird der Vertragsinhalt durch die Festlegung der Schiedsperson rechtsgestaltend ergänzt. Die dagegen gerichteten Ersetzungsklage als Sonderform der Leistungsklage hat keine aufschiebende Wirkung, sodass es der vorgeschlagenen Regelung, nach der der Vertragsinhalt bis zu einer gerichtlichen Entscheidung als verbindlich gilt und umzusetzen ist, nicht bedarf. Mit der ebenfalls vorgeschlagenen Regelung, nach der Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung haben, würde zudem die mit der genannten Entscheidung des Bundessozialgerichts erreichte Klärung des Rechtscharakters der Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson wieder in Frage gestellt, da eine Regelung zum Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage den Eindruck entstehen lassen kann, dass es sich bei der Entscheidung der Schiedsperson um einen Verwaltungsakt handele (vgl. die Begründung zu der im Regierungsentwurf vorgesehenen Änderung des § 73b Absatz 4a Satz 4 SGB V).

43. **Zu Artikel 1 Nummer 60 Buchstabe a – neu –** (§ 155 Absatz 2 Satz 5 SGB V),

Buchstabe b – neu – (§ 155 Absatz 4 Satz 9 SGB V) und **Nummer 60a – neu –** (§ 171 Satz 1 SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

44. **Zu Artikel 1 Nummer 64 Buchstabe b** (§ 175 Absatz 2a SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

45. **Zu Artikel 1 Nummer 64 Buchstabe c – neu –** (§ 175 Absatz 3a – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Vorschlag würde zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand führen. Obwohl die Anzahl der Betroffenen relativ gering sein dürfte, müsste für diesen Personenkreis ein gesondertes Verfahren geschaffen werden. Hinzu kommt, dass eine Verpflichtung der Grundsicherungsträger, Leistungsbeziehende nach dem SGB II bei einer Krankenkasse anzumelden, die einen über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag liegenden Zusatzbeitrag erhebt, mit der Verpflichtung der Leistungsbeziehenden verbunden ist, den Differenz-Zusatzbeitrag selbst aus der Regelleistung oder dem Schonvermögen zu erbringen, was einen unzulässigen Eingriff in das Grundrecht auf Gewährleistung des soziokulturellen Existenzminimums darstellen würde.

46. **Zu Artikel 1 Nummer 67 Buchstabe b** (§ 221b Absatz 2 Satz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die Kosten und Einsparungen, die sich durch die in dem Evaluierungsauftrag erfassten Maßnahmen ergeben, nur schwer abzuschätzen sind. Um gegebenenfalls eine Belastung des Bundeshaushalts zu vermeiden, ist die Regelung nach § 221b Absatz 2 Satz 2 SGB V erforderlich. Zudem betont sie, dass die Regelung des § 221b Absatz 2 Satz 2 SGB V den Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich unberührt lässt.

47. **Zu Artikel 1 Nummer 75a – neu –** (§ 268 Absatz 3 Satz 14 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Vorgaben zu den Datengrundlagen der Datentransparenz sind kein Gegenstand der in § 268 SGB V geregelten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.

48. **Zu Artikel 1 Nummer 77** (§ 271 Absatz 2a Satz 4 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusammen mit den bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zur Schließung von Krankenkassen einer Prüfung unterzogen.

49. **Zu Artikel 1 Nummer 77a – neu –** (§ 275 Absatz 1c Satz 4 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Bei der zur Begründung angeführten Verfahrensweise „verschiedener“ Krankenkassen in Ostdeutschland handelt es sich um kein flächendeckendes und kassenartenübergreifendes Prüfungs- und Abrechnungsverhalten von Krankenkassen in den ostdeutschen Ländern. Zudem entfällt die angeführte Minderung der Benutzerentgelte nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) mit Ablauf des Krankenhausinvestitionsprogramms in den ostdeutschen Ländern im Jahr 2014.

50. **Zu Artikel 1 Nummer 79** (§ 285 Absatz 3 Satz 9 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird prüfen, ob und ggf. wie das Anliegen dieses Vorschlages in einem späteren Gesetzgebungsverfahren umgesetzt werden kann.

51. **Zu Artikel 1 Nummer 80 Buchstabe d** (§ 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Selbstverwaltung kann im erforderlichen Umfang Ärztinnen und Ärzten durch Empfehlungen und Anleitungen beim Kodieren unterstützen. Im Übrigen veröffentlicht das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die amtliche Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten. Diese enthält ergänzende Informationen zur Angabe von Diagnosen, insbesondere im Abschnitt Zusatzinformationen, Anleitung zur Verschlüsselung.

52. **Zu Artikel 1 Nummer 80** (§ 295 SGB V)

Das Anliegen der Entschließung wird grundsätzlich unterstützt. Interoperable und kompatible Praxisverwaltungssysteme (PVS-Systeme) tragen zur Verbesserung des Datenaustauschs unter Leistungserbringern bei. Sie unterstützen das mit der gesetzlich geregelten Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte verfolgte Ziel, die Qualität der Behandlung durch eine bessere Information und Kommunikation der Leistungserbringer zu steigern. Gesetzlich geregelte sektorübergreifende Dokumentationspflichten (z. B. in der hausarztzentrierten Versorgung – § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB V) sind mit interoperablen PVS-Systemen besser umsetzbar. Zu dem Anliegen des Bundesrates besteht jedoch noch erheblicher Klärungsbedarf. Dazu gehört die Frage, ob eine gesetzliche Regelung zwingend erforderlich ist und welche Alternativen hierzu bestehen. Im Falle einer Regelung wäre zudem die Frage zu klären, wie ein sektorübergreifender Ansatz – auch unter Berücksichtigung wettbewerbsrechtlicher Aspekte – gestaltet und organisatorisch umgesetzt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist das Anliegen nicht geeignet, jetzt im Versorgungsstrukturgesetz gesetzlich geregelt zu werden.

53. **Zu Artikel 1 Nummer 83** (§ 303a Absatz 1 Satz 3 – neu –, § 303b Satz 1, § 303c Absatz 2 Satz 2, § 303d Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 Satz 3 – neu – und § 303e Absatz 2 Satz 1 Nummer 2a – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Es besteht keine Notwendigkeit die Aufgaben der Datenaufbereitungsstelle für einzelne Nutzungszwecke auf eine weitere Stelle zu übertragen. Die vorgeschlagene Erweiterung der Nutzungszwecke um „Untersuchungen zur Arzneimittelsicherheit“ ist nicht erforderlich, weil dieser Aspekt unter den bereits vorgesehenen Nutzungszweck „Verbesserung der Qualität der Versorgung“ subsumiert werden kann.

54. **Zu Artikel 3 Nummer 1** (§ 66 Absatz 3 Satz 3 SGB X)

Dem Vorschlag kann unter der Voraussetzung, dass sich die zuständige Vollstreckungsbehörde weiterhin nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften bestimmt, also die Gesetzesbegründung der Bundesregierung sich nicht ändert, entsprochen werden.

55. **Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu –**
(§ 4 Absatz 2a KHEntgG) und
Nummer 1b – neu –
(§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bis 6 und Satz 2 bis 4 KHEntgG)

Den Vorschlägen kann nicht entsprochen werden.

Die korrespondierenden Vorschläge zu § 4 Absatz 2a und § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bis 6 KHEntgG (Modifikation Mehrleistungsabschlag und Streichung von absenkend zu berücksichtigenden Faktoren bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts) bergen die Gefahr erheblicher Mehrausgaben für die Kostenträger. Es ist nicht sichergestellt, dass die Einsparungen durch die modifizierten Mehrleistungsabschläge die Mehrausgaben kompensieren, die infolge der vorgeschlagenen Streichung von Faktoren, die sich mindernd auf die Basisfallwerte auswirken, entstehen. Darüber hinaus beinhaltet die vorgeschlagene Ausgestaltung der Mehrleistungsabschläge fragwürdige Anreizwirkungen und lässt die Problematik entstehen, dass dauerhaft krankenhausindividuelle Basisfallwerte entstehen könnten. Aus diesen Gründen werden die Vorschläge abgelehnt.

Im Hinblick auf den Vorschlag zu § 10 Absatz 3 Satz 2 bis 4 KHEntgG wird darauf hingewiesen, dass die Bundesregierung die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und deren Entwicklung aufmerksam beobachtet. Die Bundesregierung hat zudem auch die Ausgabenentwicklung der Kostenträger im Blick. Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen weist für das erste Halbjahr 2011 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum einen Anstieg der Ausgaben für Krankenhausbehandlung in Höhe von 4,6 Prozent aus. Dies entspricht einem Zuwachs von 1,23 Mrd. Euro. Die vorgeschlagene Aufhebung der Minderung der Grundlohnrate für das Jahr 2012 würde zu Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen und die übrigen Kostenträger führen.

56. **Zu Artikel 7 Nummer 1c – neu –**
(§ 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Vorschlag zielt wie der zweite Teil des vorstehend bewerteten Vorschlags auf die Aufhebung der Grundlohnratenminderung von 0,5 Prozentpunkten für das Jahr 2012 im akutstationären Krankenhausbereich ab. Daher wird auf die Gegenäußerung zu Ziffer 55 (letzter Absatz) verwiesen.

57. **Zu Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe a – neu –**
(§ 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a KHEntgG),
Buchstabe b – neu –
(§ 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

58. **Zu Artikel 9 Nummer 5** (§ 19 Absatz 4 Ärzte-ZV)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

In überversorgten Planungsbereichen gelten bereits Zulassungsbeschränkungen, sodass Arztsitze – soweit nicht ausnahmsweise die Voraussetzungen einer Sonderbedarfszulassung vorliegen – nur noch im Wege der Praxisnachfolge besetzt werden können. Mit der Einführung eines Vorkaufsrechts der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 103 Absatz 4c SGB V (neu) kann auch die Praxisnachfolge vielfach ausgeschlossen werden. Damit steht für überversorgte Planungsbereiche künftig ein wirksames Instrument zum Abbau der Überversorgung zur Verfügung. Eine generelle Befristung der Zulassung in überversorgten Planungsbereichen ist daher nach Auffassung der Bundesregierung nicht erforderlich und würde die Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte zudem übermäßig beschränken.

59. **Zum Gesetzentwurf insgesamt**

Die Bundesregierung stellt fest, dass die im Vorfeld des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes erfolgten Gespräche mit den Ländern in konstruktiver Atmosphäre verlaufen sind und die dort konsentierten Maßnahmen entweder im vorliegenden Regierungsentwurf oder in der geplanten Änderung der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte weitgehend umgesetzt werden. Sofern seitens des Bundesrates konkrete Änderungsvorschläge zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen erfolgen, wird auf die entsprechende Gegenäußerung der Bundesregierung verwiesen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333